Edgar F. Cyriax

LA

MÉTHODE DE THURE BRANDT

ET SON APPLICATION

AU TRAITEMENT DES MALADIES DES FEMMES

PAR

Madame P. PELTIER (née GOUSSAKOFF)

ANCIENNE EXTERNE DES HOPITAUX

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS

PARIS

ANCIENNE MAISON DELAHAYE

L. BATTAILLE ET Cie, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1895

M19689

PELTIER

22101793038

LA

MÉTHODE DE THURE BRANDT

ET SON APPLICATION

AU TRAITEMENT DES MALADIES DES FEMMES

PAR

Madame P. PELTIER (née GOUSSAKOFF)

ANCIENNE EXTERNE DES HOPITAUX

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS

PARIS

ANCIENNE MAISON DELAHAYE

L. BATTAILLE ET Cie, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1895

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

M19689

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY

Coll. WO mec

Call No. WP100 1895 P39m

A MES CHERS MAITRES

MONSIEUR LE DOCTEUR MILLARD

MÉDECIN DE L'HÔPITAL BEAUJON

et

MONSIEUR LE DOCTEUR LÉON LABBÉ

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL BEAUJON

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Mes années de stage).

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEBOVE

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL ANDRAL

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Première année d'externat).

A MONSIEUR LE DOCTEUR QUÉNU

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL COCHIN

(Deuxième année d'externat).

A MONSIEUR LE DOCTEUR BRISSAUD

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

(Troisième année d'externat).

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROUTIER

CHIRURGIEN A L'HÔPITAL NECKER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR LE DENTU

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

(HÔPITAL NECKER)

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le massage gynécologique est aujourd'hui à l'ordre du jour. De tous les côtés on entend des discours enthousiastes, des guérisons miraculeuses, on croirait tenir une véritable panacée qui doit bouleverser la thérapeutique de fond en comble ; d'autre part, on entend des critiques acharnées et des reproches souvent immérités. La question nous intéressant, nous avons voulu l'étudier de près, à la source même. Le voyage à Stockholm s'imposait. Nous avons fait ce pèlerinage, que tant de fois d'autres ont fait avant nous, et nous avons étudié la méthode chez celui qui seul a pu nous éclairer le mieux sur cette question, chez Brandt lui-même. Nous le remercions ici à cette place de son empressement et de la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli et enseigné. Forts de notre savoir nous avons cherché à retrouver ensuite la plupart des élèves, disséminés dans les grands centres de l'Europe, pour voir les résultats de l'application de la méthode, dont nous venons d'apprendre les principes. De retour de notre voyage nous avons recueilli soigneusement tout ce qui a été écrit sur la méthode, nous avons essayé nous-mêmes ses applications et aujourd'hui nous croyons faire une œuvre de quelque utilité en donnant le

résumé de ce que nous avons vu et appris ; n'étant pas encore forts de notre propre expérience, nous nous sommes appliqué à exposer celle des autres. Nous avouons parfaitement que tout est encore empirique dans cette méthode, et que des expériences et des recherches sont encore nécessaires. Nous ne pouvons pas nier cependant que même telle qu'elle est, elle donne encore souvent de bons résultats, si on sait s'en servir ; il fallait donc, selon nous, l'exposer dans toute sa nudité pour ainsi dire, l'avenir montrera ensuite ce qui était faux et ce qui valait la peine d'être retenu.

Nous remercions M. le professeur Le Dentu, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse, M. le docteur Quénu, qui nous en a inspiré le sujet et M. le docteur Routier qui a bien voulu nous permettre de travailler dans son service.

HISTORIQUE

Les tentatives d'application du massage au traitement des maladies des femmes ont été faites de tout temps et chez tous les peuples par des mains de guérisseurs et des bonnes vieilles femmes. Leurs manipulations ne pouvaient être que l'œuvre des conceptions fantaisistes sur l'anatomie des organes génitaux et sur la symptomatologie des maladies des femmes. Et pendant que le massage faisait des progrès dans ses applications à d'autres maladies et surtout aux maladies des articulations, le massage gynécologique restait à l'état embryonnaire, entouré de pratiques mystérieuses destinées à frapper l'imagination de pauvres malades, avides surtout de surnaturel et de miracle.

Les recherches poussées de ce côté seraient évidemment très curieuses, elles nous montreraient les faits d'une psychologie rudimentaire, la manière d'être de ces gens par rapport aux faits qu'ils comprenaient et jugeaient autrement que nous. Cela peut intéresser l'historien de la culture du peuple, mais ne saurait être d'une utilité quelconque pour celui qui cherche dans le massage des indications d'une méthode expérimentale et scientifique.

Les applications du massage gynécologique ne pouvaient être

que postérieures à la connaissance exacte des organes à traiter et il me semble tout à fait irrationnel d'aller aux Indes, ou chercher chez Hippocrate des citations sur ses manipulations. Ils ne peuvent rien nous dire sur le massage de l'utérus qui en fureur remonte à la gorge et étrangle les malades et qui se laisse ramener à sa place normale par les odeurs suaves et agréables, que l'on lui présente à respirer.

C'est pour dire qu'il ne faut pas aller loin pour commencer l'historique de la question qui nous occupe.

Les auteurs sur le massage en général : Tissot, au commencement de ce siècle, Estradère (1864), Phelippeau (1870), n'en disent rien. L'honneur revient exclusivement à Thure Brandt, vieilli déjà dans la lutte, soutenue avec ardeur et foi d'un prophète contre le monde civilisé depuis bientôt un demi-siècle.

Brandt est né en Suède en 1818 et à l'âge de 24 ans, en 1842, nous le retrouvons à l'Institut Royal Central de gymnastique à Stockholm, où il étudia pendant trois années consécutives le massage et la gymnastique avec leurs applications à la pédagogie, à l'art militaire et à la médecine.

Pour bien saisir ce que c'est qu'un élève de l'Institut central il est nécessaire de faire une digression et remonter un peu plus loin à Pierre-Henri Ling, cet autre enfant de Suède, né en 1776, le 15 novembre.

Deux émigrés français avaient ouvert à Copenhague une salle d'escrime (1). Ling qui étudiait alors à l'Université de cette ville, fut un de leurs élèves les plus assidus, c'était en 1804.

L'année suivante, il devint lui-même un bon maître dans

(1) N. Dally. Cinésiologie ou science du mouvement dans ses rapports avec l'éducation, l'hygiène et la thérapie. Paris. 1857.

cet art, si estimé en Suède. Mais comme ces expériences l'avaient guéri d'une paralysie rhumatismale au bras, il comprit que le mouvement, bien réglé, pouvait exercer une influence favorable sur la santé physique et morale de l'homme et peu à peu il s'éleva à l'idée du « *développement harmonique des organes du corps humain devenant une partie essentielle de l'éducation de la jeunesse et du peuple.* » Il se mit à étudier la gymnastique des Grecs ; les connaissances d'anatomie, de physiologie et d'autres sciences naturelles étant devenues nécessaires, il les étudia au point de vue de son idée, avec la tenacité d'un érudit et l'imagination d'un poète, car il avait déjà enrichi la littérature scandinave de quelques travaux historiques et de mâles poésies, qui lui valurent la réception à l'Académie suédoise.

Les études de Ling aboutirent à la création d'une méthode de gymnastique et, après des longues luttes contre l'ignorance et les préjugés de ses contemporains, à la fondation de l'Institut central de gymnastique à Stockholm en 1813, où Ling put enfin propager et développer sa méthode.

Le but de l'Institut central fut de former des maîtres de gymnastique pour les collèges et pour l'armée et en même temps de pouvoir appliquer la gymnastique au traitement des maladies. Les cours duraient trois ans et se composaient de l'anatomie descriptive, y compris la dissection, de l'anatomie dans ses rapports avec les mouvements, de la physiologie, des principes et de la théorie de la gymnastique et de différents genres d'escrime. A certaines heures, tous les jours les salles se remplissaient de malades et d'infirmes et, sous la surveillance des professeurs-médecins, les élèves de troisième année appliquaient les principes de la gymnastique au traitement des *maladies*,

dont on leur enseignait très sommairement les symptômes les plus saillants.

La constitution de l'Institut n'a pas changée depuis. Nous l'avons visité et nous avons assisté à l'enseignement de la gymnastique, nous avons assidûment fréquenté les heures de l'application de la gymnastique médicale et nous sommes partis convaincus de l'importance de cette méthode. Nous nous permettons ici de remercier vivement le docteur Wide, professeur à l'Institut orthopédique et M. Tölgren, directeur de l'Institut central, qui ont bien voulu nous faciliter la tâche de nos études.

Ling est mort en 1839. Après sa mort le directeur de l'Institut fut Branting, avec sous-directeur Georgii. C'est à ce moment que Brandt entra à l'Institut et y demeura trois ans; nous sommes à présent à même de juger à peu près quelles notions scientifiques il put y acquérir.

En sortant de l'Ecole, Thure Brandt se plaça comme gymnaste à Norköping, où il resta cinq ans, pendant lesquels il a eu l'occasion de soigner des nombreux malades. Entre autres il guérit d'une chute du rectum un soldat, qui ne trouvant pas un médecin tout près, a bien voulu se soumettre à ses manipulations gymnastiques. Brandt a eu l'idée d'enfoncer ses doigts dans la fosse iliaque gauche et par des tractions modérées, mais soutenues de l'S-iliaque en haut et en dedans, réduire le prolapsus, qui ne se reproduit plus.

La chose se passa en 1847. Le grain a été semé et germait lentement, pendant que Brandt s'occupait à traiter des nombreux malades par des mouvements de gymnastique générale, fidèle aux principes de la méthode de Ling.

Ce n'est qu'en 1859 que l'idée est venue à Brandt, en parcou-

rant l'ouvrage du docteur Lidbeck, son compatriote, sur les prolapsus utérins et leur fréquence excessive dans son pays.

« Puisque j'ai guéri le prolapsus du rectum, la chose me sera-t-elle possible avec les prolapsus des organes génitaux de la femme, pensa Brandt? Si l'on prend l'utérus à travers la paroi abdominale et si on le tire en haut jusqu'à tendre ses attaches naturelles, ne restera-t-il pas en place, comme est resté le rectum? Brandt se mit à l'ouvrage, étudia l'anatomie des organes génitaux de la femme, s'initia aux travaux gynécologiques de son temps et trouva la chose possible. Le cas se présenta bientôt et Brandt a mis à l'épreuve le fruit de ses longues méditations; c'était en 1861, le 10 août.

Une femme âgée de 47 ans, atteinte d'un prolapsus total de l'utérus depuis déjà 27 ans et arrivée à ne pouvoir plus travailler, se présenta chez Brandt, cherchant un soulagement au-delà de la science officielle, se confiant à un guérisseur, essayant l'impossible. Deux semaines avaient suffi pour mettre et maintenir l'utérus en place. Brandt n'a pas perdu sa malade de vue et vingt ans après en 1881 la femme n'a pas eu encore de rechute. Bientôt après deux nouveaux cas se sont présentés et la guérison a été aussi prompte et définitive. La vogue se répandit alors et les malades affluaient chez Brandt, atteintes des maux dont la médecine tentait en vain la guérison. Brandt traitait tout le monde indistinctement, observant les maladies, perfectionnant sa méthode et la modifiant au fur et à mesure que des nouvelles difficultés surgissaient devant lui.

Le tapotement sur la région sacrée, la réduction et l'élévation de l'utérus en le saisissant à travers la paroi abdominale, avec deux mains — telle était la méthode à son origine.

Bientôt Brandt, ajouta le massage, pratiqué à travers la pa-

roi abdominale, il modifia en même temps l'élévation en s'adjoignant un aide qui a été chargé depuis (1868) de l'exécution de l'élévation, pendant que Brandt lui-même avec l'index de la main gauche introduit dans le vagin, contrôle et guide l'exécution de cette manipulation. Le doigt introduit dans le vagin pouvait soutenir l'utérus et ses annexes, tout en offrant un plan résistant aux doigts de la main droite, qui massait à travers la paroi abdominale : *la double pression,* comme Brandt a surnommé cette manipulation était trouvée, et Brandt la pratique depuis malgré les hauts cris qui n'ont pas encore cessé de retentir, soulevés par la pudibonderie effarouchée. Cette trouvaille a permis bientôt de traiter avec succès les exsudats pelviens, de diminuer l'utérus congestionné, de guérir la métrite chronique (1871).

En 1877 il ajoute encore la gymnastique des adducteurs et abducteurs des membres inférieurs et du releveur de l'anus, quand il a compris toute l'importance du plancher pelvien pour le maintien de l'utérus et du vagin dans leurs positions naturelles.

L'application de la méthode au traitement du rein mobile (1872) n'a été qu'une extension de son idée primordiale.

Telle est la naissance et le développement de la méthode que nous n'avons qu'esquissé rapidement pour arriver plus vite à la description des manipulations qui la composent aujourd'hui, et qui sera le sujet du chapitre suivant.

Brandt demeura longtemps dans une petite ville, nommée Sköfde et ce n'est qu'en 1872, que sur les conseils d'un de ses amis, docteur en médecine, il s'installa à Stockholm, ou bientôt un décret royal lui accorda la permission de traiter ses malades et l'a mis à l'abri des attaques acharnées des médecins qui

ne voulaient voir en lui qu'un vulgaire charlatan. Cependant Brandt ne se cachait pas avec sa méthode, il la mettait au grand jour, demandait la vérification des cas guéris, faisait des rapports aux sociétés médicales, mais on ne voulait pas l'écouter. Des rares médecins l'ont encouragé, lui ont donné des conseils, mais pour ne pas soulever contre eux-mêmes leurs confrères, n'osaient pas trop s'aventurer ; et la méthode décriée, bafouée, ridiculisée continuait quand même d'exister et de guérir, répandant par le monde des malades, guéries ou soulagées, ses meilleurs apôtres.

Ce qui a encore beaucoup nui à la propagation de la méthode c'est la forme même, sous laquelle Brandt la représentait : malgré ses études anatomiques et gynécologiques, que tout le monde lui reconnaît, il n'est pas un écrivain, il lui manque des connaissances générales, une culture intellectuelle, qui seule permet de juger les faits à leur juste valeur ; il notait ses impressions du jour au jour en les accompagnant des notations et des explications qui faisaient sourire les médecins, ses compatriotes.

Cependant quelques-uns d'entre eux, pénétrés de l'importance de la méthode et convaincus par la vue des guérisons incontestables, ont bien voulu se constituer ses défenseurs. C'est ainsi que le docteur Levin, un des premiers, a fait un rapport à la Société médicale de Stockholm sur le traitement gymnastique de Thure Brandt dans les affections utérines en 1868 (1). Le rapport contenant un court résumé de la méthode, exposée déjà dans une petite brochure par Brandt (2), traitement de pro-

(1) Dr Levin. Hygiaea 1868, fév. Ce rapport se trouve in-extenso dans l'ouvrage de Brandt de 1868, en Français.

(2) Thure Brandt : Om uterinlidanden och Prolapser. Stockholm, 1864.

lapsus utérin, accompagné de seize observations bien authentiques et contrôlées par lui-même et par d'autres médecins. Pendant la discussion qui a été soulevée à la suite de ce rapport le docteur Hartelius, professeur à l'Institut central, se prononça pour la méthode et présenta lui-même quatre malades traitées selon cette méthode (1).

Le 5 avril 1866, dans une séance de la Société médicale de Westrogothie, Brandt lui-même fit un exposé de sa méthode et de son application au traitement : « de *prolapsus utérin, des ploiements de la matrice, des endurcissements et tuméfactions, des ulcérations et des écoulements de diverses natures* ».

Tous ces documents et observations, Th. Brandt a les réunis de nouveau en un volume qui a paru en suédois et en français en 1868 (2), sous une forme rappelant trop un prospectus de réclame, ce qui a été probablement la cause que cet opuscule a passé inaperçu.

D'autres élèves ont publié leurs observations et aidé au maître à la propagation de la méthode. Ainsi le docteur L. Faye (3) vante les effets de la méthode dans le traitement du prolapsus, des changements des positions et des inflammations chroniques de l'utérus, en rapportant plusieurs observations personnelles, dont deux cas de prolapsus parfaitement guéris. Le docteur Hartelius (4), défenseur très fervent de la méthode

(1) Hygiaea 1865, p. 53.

(2) Th. Brandt : Nouvelle méthode gymnastique et magnétique pour le traitement des maladies des organes du bassin et principalement des affections utérines. Paris 1868.

(3) Lud. Faye : Major Th. Brandt's Behandling of uterin liderser ved medical gymnastik. Norsk. Mag. f. Laegevid. R. 3, Bd. 4, p. 25. — Virchow's Jahresb, 1874, II, p. 731.

(4) Hartelius : Hygiaca XXXVII, 3, 4, p. 56. — Virchow's Jahresb 1874, II, p. 563.

depuis son origine, publia en 1875, 24 cas des maladies des femmes traitées avantageusement par la méthode ; il avait 7 cas de prolapsus utérins, dont 5 guérisons. Ces malades examinées quelques années plus tard n'ont pas présenté des rechutes. D'autres malades étaient atteintes de descente de l'utérus (5 cas dont 1 guérison), de rétroversion (5 cas dont 1 guérison et 4 améliorations) et enfin 7 cas de métrite, dont 4 n'ont pas donné des résultats satisfaisants.

Mais un des propagateurs les plus convaincus, qui vit et enseigne encore aujourd'hui la méthode de Brandt, c'est le professeur de gynécologie à Christiania, le docteur Nissen. Après avoir étudié la méthode chez Brandt en 1873, il a pris fait et cause pour la méthode et depuis a soutenu et encouragé son inventeur de ses conseils et de ses connaissances. Il a fait un rapport détaillé de la méthode en 1875 à la Société médicale de Christiania (1) et ne cessa pas depuis de l'enseigner dans sa clinique. Nous regrettons qu'il n'ait pas encore réunis et publiés les fruits de sa longue expérience, car depuis 1875 il n'a plus rien paru de lui dans la littérature. C'est lui qui accompagna Brandt en Allemagne en 1886 et lui aida à remporter la victoire devant les représentants de la science gynécologique allemande.

Citons encore le docteur Ocrum (1) et le docteur Asp (2) de Helsingfors, qui publia en 1878 les résultats de quatre années

(1) Nissen : Th. Brand's uterin gymnastik, etc. Norsk. mag. f. Laegev. R. 3, B. 4-5. p. 243-292 ; — Virchow's Jahresb, 1875, II, p. 563.

(2) Ocrum : Virchow's Jahresb 1877, I, p. 568, Centralblatt. f. gynécol. 1878 n° 9.

(3) Asp : Of lifmoder massage in Nordisk. med. arch. 1878 Pd x-22 ; — Virchow's Jahresb 1878.

d'application de la méthode en rapportant 72 observations à l'appui de ses conclusions.

Malgré tous ces praticiens, la méthode se répandait difficilement, ce qui décida Brandt à publier de nouveau un traité de sa méthode, modifiée par les changements que l'expérience lui a fait faire et des nouvelles observations. Ce livre a paru en 1880 et fut traduit en allemand dans la même année, en anglais en 1882 par le docteur Roth (1).

En 1884, Brandt fit paraître une nouvelle édition de son livre, qui fut traduit en allemand en 1888 par le docteur Resch, et en français par le docteur Stas en 1891 (2).

Ces ouvrages répandus un peu partout provoquaient des essais du massage gynécologique et préparaient la voie à l'acception définitive de la méthode.

II

En hiver 1885-1886, un médecin de Vienne, Profanter, d'après le conseil d'un riche industriel suédois, Robert Nobell, se rendit à Stockholm auprès de Brandt, pour voir de près et étudier sa méthode. Parti plein de scepticisme pour la méthode, Profanter est revenu absolument convaincu; cependant ses confrères n'ont pas voulu croire à ses récits enthousiastes; il

(1) Th. Brandt : Die Bewegungscur, als Heilmittel gegen weibliche Sogen. Unterleibsleiden und prolap. Stockh. 1880 ; Roth : Brandt's treatement of femel deseases by the movement cure London 1882.

(2) Th. Brandt : Gymnastiken, etc., 1884 ; — Resch : Thure Brandt's Heil gymnastische Behandlung, etc Wien, 1888 ; — J. Stas : Traitement gymnastique médical de Th. Brandt des affections du bas-ventre de la femme, Anvers 1891.

fallait des faits palpables. C'est alors que l'idée germa chez Profanter de faire venir Brandt en Allemagne et lui donner l'occasion de démontrer sa méthode devant quelques gynécologistes allemands, et le professeur Schultze de Iéna ayant été reconnu le plus compétent pour un essai semblable, Profanter s'adressa à lui. Les pourparlers aboutirent bientôt à l'arrivée de Th. Brandt, accompagné de son aide mademoiselle Johanson et du docteur Nissen à Iéna. C'était en novembre 1886.

16 malades ont été mises à la disposition de Brandt. Les observations ont été prises et notées par Schultze et maintes fois vérifiées au cours du traitement par lui-même et par les assistants ; tout autre traitement avait été suspendu.

De ces 16 malades, 4 étaient atteintes de paramétrite chronique, 3 d'oophorite, 4 de rétroflexion, 1 rétroversion, 1 fixation, 2 prolapsus et 1 hématocèle. Nous donnerons plus loin l'exposé détaillé de ces observations, d'après le livre de Profanter (1).

Les résultats obtenus étaient tellement favorables à la méthode que le professeur Schultze (2), qui n'avait jusqu'à cette époque aucune expérience sur son application n'hésita pas à reconnaître que le massage gynécologique, surtout tel que le pratique Brandt, est un moyen thérapeutique qui peut rendre d'énormes services, seul ou joint à d'autres moyens opératoires et thérapeutiques. Les meilleurs résultats ont été obtenus dans le traitement des adhérences, des exsudats de vieilles paramé-

(1) Paul Profanter : Die Massage in der gynecologie. Wien 1887. — Du même : Die manuelle Behandlung der prolapsus uteri. Wien 1888, traduit en russe et en français, par Jacobs de Bruxelles en 1889.

(2) Voir préface de Schultze au premier livre de Profanter.

trites, et de prolapsus de l'utérus, provoqué par l'affaiblissement de ses attaches.

La sanction que donna l'opinion de Schultze à la méthode lui a permis de rentrer dans le domaine de la thérapeutique; la majorité des médecins ont compris que le temps de repousser et de ridiculiser le traitement de Brandt est passé et qu'au contraire il fallait s'empresser de l'apprendre et de profiter de ce regain de popularité que la méthode allait avoir.

Brandt retourna chez lui en janvier 1887 et reprit le traitement de ses nombreux malades, secouru bravement par son aide infatigable, mademoiselle Johanson, qui applique les mouvements de gymnastique et aide à son maître à faire l'élévation de l'utérus.

Les médecins qui fréquentaient la clinique de Schultze, pendant le séjour de Brandt, sont devenus les adeptes fervents de sa méthode, et de retour chez eux, ont commencé à l'appliquer à leurs malades. Tels sont les docteurs Skutsch, Resch, Seiffart.

D'autres vivement intéressés par les articles des journaux et surtout par le livre de Profanter se sont rendus à Stockholm pour voir et étudier la méthode. Et le pélerinage commença. Les médecins arrivaient d'Allemagne, de Russie, de Suisse, de France et d'autres pays. Nous y sommes allé nous-mêmes en 1891 et déjà 69 médecins y étaient venus avant nous.

De retour dans leur pays ils devinrent autant de centres où d'autres élèves, moins favorisés s'initiaient au traitement manuel.

Nous allons bientôt parcourir rapidement ces centres, où le massage gynécologique fut appliqué. Mais il y en a peu, où la méthode de Brandt est pratiquée dans sa pureté : chaque élève, après s'être approprié les principaux éléments, n'a pas hésité

d'en supprimer ce qui lui semblait superflu, d'y ajouter au contraire des manipulations que l'expérience lui a montré d'être plus utiles. Les uns refaisaient la méthode à leur manière, les autres l'ont étudié sérieusement, s'efforçant à pousser plus loin les recherches et d'appuyer la méthode des explications scientifiques.

Ceux qui ont appris le traitement manuel de seconde main ou dans les livres se sont éloignés encore plus de la méthode de Brandt ; laquelle ne devient que le massage approprié au traitement des maladies des femmes entre les mains de ceux qui après avoir connu le succès de Th. Brandt, s'inspirant des principes généraux du massage médical, l'ont accommodé aux besoins de la gynécologie.

Mais aussi éloignés que sont, ces nouvelles manipulations, du massage gynécologique, nous n'hésitons pas à les rattacher à la méthode de Brandt et à déclarer que c'est à lui que nous devons leur existence.

III

Le massage gynécologique a pris l'extension la plus considérable en Allemagne. Le voisinage de la Suède a suscité depuis longtemps le mouvement favorable à la gymnastique et au massage (méthode de Ling) et ensuite au massage gynécologique. L'arrivée de Brandt à Iéna n'a fait qu'augmenter encore l'intérêt du public et le nombre des praticiens qui se sont consacrés au traitement manuel.

A Iéna, dans la clinique gynécologique de Schultze on a continué l'application du massage. Le docteur Skutsch (1), agrégé

(1) Skutsch : Zur therapie des rétroflexio uteri. Archiv. für gynecologie 1888, v. XXXII, p. 481.

à la faculté et chef de clinique a réuni 15 observations de *rétroflexions* de l'utérus, où le massage a permis de distendre les adhérences, de faire disparaître les produits inflammatoires, de mobiliser et de replacer l'utérus en position normale, en faisant disparaître en même temps les symptômes douloureux. Aussi au congrès des gynécologistes à Halle en 1888 il recommande vivement ce traitement et conseille de recourir à lui, avant de se décider à une opération sanglante.

A Nordhausen la méthode est appliquée par Seiffart, qui l'a apprise à Iéna lors du passage de Brandt dans cette ville. Il a obtenu d'excellents résultats (1) dans le traitement des lésions inflammatoires de l'utérus et du voisinage, dans les oophorites et les prolapsus ; il rapporte 13 observations, où la guérison était incontestable et définitive. Dans son livre il critique les opinions erronées de Reibmayr (2) et la méthode de Prochownik, dont nous parlerons plus bas.

En même temps que Seiffart, se trouvait à Iéna le docteur Resch de Greifswald, qui a beaucoup contribué à la propagation de la méthode; non satisfait de l'étude qu'il a fait à Iéna, Resch se rendit à Stockholm avec le professeur Preuschen. Au retour il publia un grand article (3), où il exposa la méthode de Brandt ; et s'appliqua ensuite à la traduction de l'ouvrage de Brandt paru en suédois en 1884.

(1) Seiffart : Die massage in der gynækologie, Wien 1888.

(2) Reibmayr n'a jamais connu le traitement de Brandt, il l'a exposée d'après la lecture des ouvrages et modifié ses opinions à chaque nouvelle édition de son livre sur le massage. Les erreurs de sa description ont déroutés ceux qui ont étudié son ouvrage, et ont provoqué en France des critiques regrettables et absolument imméritées.

(3) Alf. Resch : Uber die Anwendung der massage bei Krankheiten der weiblichen sexual organe, in centralbl. für gynækologie 1887, p. 505.

Le professeur Preuschen publia de son côté quelques articles (1), où il a décrit la manière de traiter le prolapsus de l'utérus, essaya de donner une explication plus scientifique de l'action physiologique et appuya ses assertions de 4 observations, où le résultat, malgré l'ancienneté des cas (de 4 à 30 ans) à été excellent. Nous les rapporterons plus bas en parlant du traitement de prolapsus, car la notoriété de Preuschen et sa bonne foi ne pourra pas être mise en doute.

A Hambourg le massage gynécologique est pratiqué par Prochownik depuis 1882 ; ne pouvant pas se rendre à Stockholm, il s'inspira des articles déjà parus et surtout de celui d'Otto Bunge de Berlin, aussi sa manière de pratiquer le massage s'éloigne beaucoup de la méthode de Brandt, cependant le résultat est assez satisfaisant. En 1884 dans le congrès de médecins à Magdebourg, Prochownik exposa sa méthode et donna le résultat obtenu (2). Quoique très au courant de la gymnastique suédoise, Prochownik ne s'en sert pas pour le traitement des maladies des femmes et n'emploie que le massage extérieur et intérieur, subdivisant ce dernier en actif (par la main) et passif (injection, pessaire). En 1890, il a fait publier un travail, dans lequel il a réuni toutes ses expériences personnelles et les observations

(1) F. Preuschen (Greifswald) : Die heilung des vorfalls der gebaermutter durch gymnastik der Beckenmusculatur, etc Centralbl, f. gyn. 1888, p. 201. — Weitere drei falle von Heilung des vorfalles etc. — Centralb. f. gyn. 1888, p. 481. — Die Schwedische heilgymmnastik in der gynækologie in Berlin. Klinis. Wochen, 1891, p. 115-119.

(2) Prochownik : Zur Behandlung alter Becken-exsudale in Deutsch. médic. wöchensch, 1882, n° 32-33. — Massage in der gynæcologie, sitzungsber. d. 57 Versam. deusch. Naturfor und Aerzte, 1884 — Massag inder frauenheilkunde. Leipzig 1890. — Le massage en gynécologie trad. par Nitot et Keller, 1892.

jusqu'à 1887. Le docteur Nitot de Paris et H. Keller de Reinfelden (Suisse) nous ont donné en 1892 la traduction de ce travail en français.

A Breslau, le docteur E. Fraenkel fait une communication à la Société de médecine de Schleswig en 1888, où il expose les manœuvres qu'il a employées et les observations des prolapsus de l'utérus (1). L'auteur n'a pas été chez Brandt et pratique d'après les livres qu'il a étudiés.

A Berlin, Otto Bunge (2) un des premiers a tenté l'application du massage médical aux maladies des femmes ; les observations au nombre de 17 publiées par lui se rapportent aux métrites, paramétrites, subinvolution, rétroversion et rétroflexion de l'utérus. C'est d'après Bunge que Prochownik a commencé à appliquer le massage, qui a donné ensuite de si bons résultats. Les manipulations pratiquées par Bunge n'ont rien de commun avec celles de Brandt. La méthode de Brandt commence à se répandre après l'ouvrage de Profanter et déjà en 1889 le docteur Arendt (3) fit une communication à la Société de médecine de Berlin de la méthode et des résultats obtenus par lui. Le docteur Schäfer (4) applique la méthode à la clinique gynécologique du professeur Veit. En 1890 Privat Docent docteur Duhrssen, attaché à la clinique du professeur Gusserow fit un rapport à la Société de médecine de l'hôpital de la Cha-

(1) Er Fraenkel : Ueber manuelle Behandlung des Scheiden-Gebermutter Vorfalles in Breslauer aerzliche Zeitsch. 1888 p. 109.

(2) Otto Bungé : Beitraege zur massage des unterleibes insbesondere des utérus und seiner Adnexa Berlin, Klin, Wochen 1882 p. 384.

(3) E. Arendt : Die Behandlung des Frauenkrankheiten nach Th. Brandt in Berlin. Kl. Woch. 1890 n° 1-3.

(4) R. Schaefer : Die manuelle Behandlung in der gynaekologie in thérapeut. monatschs. 1890 p. 432.

rité (1) de son voyage à Stockholm et des résultats obtenus par lui de l'application du massage dans sa clinique. Son opinion est très favorable pour la méthode en ce qui regarde le traitement de para et perimétrites et des adhérences, quoique il préfère les rompre sous chloroforme et faire le massage ensuite. Dans les retroflexions, les oophorites et périoophorites il faut toujours, selon lui essayer le massage avant de recourir à l'opération sanglante. Dans l'aménorrhée et dysménorrhée l'auteur donne la préférence au traitement thérapeutique.

Tandis que le docteur Vierow de Stettin a expérimenté la méthode dans la dysménorrhée et en a obtenu de bons résultats ; dans son article publié en 1890, il rapporte une dizaine d'observations (2).

A *Munich* nous trouvons le docteur Theilhaber, qui a été chez Brandt en 1888 et a décrit les cas, qu'il a vu pendant son séjour à Stockholm. Le docteur Ziegenspeck (3), un des élèves préférés de Brandt, applique le massage gynécologique dans sa clinique ; il donne une description complète de la méthode, mais il n'est pas partisan de la gymnastique. Citons encore dans cette ville le docteur Müller qui a décrit un cas de rétroflexion, guérie par le massage (4).

En Autriche nous trouvons les représentants de la méthode

(1) Duhrssen : Massage in der gynaecologie Berlin. Klin. Wochens. 1891, 28 septembre.

(2) Vierow : Zur mechanischen Behandlung der dysmenorrhéa bei anteflexio uteri nach Thure Brandt. Centralbl f. gynaekol, 1890 p. 930.

(3) R. Ziegenspeck : Ueber Th. Brandt verfahrem der Behandlung von Frauenleiden. Leipsig 1890.

(4) R. Muller : Ein durch massage geheilter fall von retroflexio adhesiva in Münch. méd. Woch. 1890 p. 323.

de Brandt à Vienne, à Prague, à Budapest, à Cracovie et à Lemberg. Le massage à Vienne est depuis longtemps en faveur : Les professeurs Chroback, Baudt le recommandent dans leurs ouvrages. Bum (1) Fellner (2) élèves de Brandt ont exposé la méthode et donné de nombreuses observations, Braun et Kreisel (3) obtiennent aussi de bons résultats. Dernièrement le professeur Schauta de Prague s'y installa (4) c'est un des plus fervents adeptes de la méthode de Brandt, qu'il a apprise à Stockholm, Brandt l'estime beaucoup et lui adresse des personnes qui veulent étudier la méthode. Le professeur Schauta a bien voulu se charger de la correction de la traduction en allemand du dernier ouvrage de Brandt paru en 1891.

A Prague, le professeur de gynécologie, Pawlik, applique le massage gynécologique d'après Profanter (5).

A Budapest, les docteurs Szabo (6), Barsony (7), Berczeller,

(1) Bum : Wiener med. presse 1888 n° 40 et 1880 n° 1-2.

(2) Fellner : Die Th. Brandsche Behaudlung der Weiblichen sexuai organe Klinisch zeit un streit fragen D d iv H. Y p. 101, 140. Klinisch. Beitrage zur Th. Brandt Behandt Wien 1890.

(3) Braun-Ferwald und Kreisel : Klinische beitraege zur manuellen-Behandl, etc. Wien 1889.

(4) Schauta : Ueber gynecologische massage in Prages med. Wach, p. 361.

(5) Pawlik : Beitrage zur Behandlung des gebærmutter Vorfalls. — Centrabl. f. Gynaekol, 1889, p. 217.

(6) Szabo : Ueber Massage in der gynaekologie. Pester medic. chir. Pres s 1881, n° 19.

(7) Barsony : Behandlung des gebærmutter Vorfællen mit massage. Centralb. f. gyn. 1889, éd. 57.

Emerich (1) et Jules (2) sont partisans du massage et l'appliquent dans leurs cliniques.

A Cracovie, le professeur de gynécologie Jordan (3), élève de Brandt, enseigne la méthode à ses élèves et l'applique dans sa clinique. La description des manipulations de Brandt et des cas observés par lui à Stockholm a contribué beaucoup à la propagation des idées favorables au massage parmi les médecins polonais. Dans la même ville, le docteur Cercha Maxim. traite les maladies des femmes par le massage dans la clinique du professeur Madurowicz. Dans une communication à la Société médicale, il a exposé la méthode et a relaté 9 observations dans lesquelles le massage a donné de bons résultats (4).

A Lemberg, les docteurs Bylicki (5), élève de Brandt, docteur Stroynowski (6) et Sielski (7) pratiquent le massage gynécologique depuis déjà plusieurs années.

Pour ne pas sortir des travaux publiés en polonais, citons à cette place, le docteur Winawer, de Varsovie, élève de Brandt

(1) Berezeller, Emerich : Die behandlungen einiger Erkrankungen der Weiblichen sexualorgannach Th. Brandt in Pester medic. chirurg. Presse 1889, p. 535.

(2) J. Berczeller : id. Pester méd. chir. Presse, 1889, p. 1273.

(3) H. Jordan : De Th. Brandt et sa méthode (en polonais). Przegladlekavski, 1888, n° 41-43.

(4) Mak. Cercha : Du massage gynécologique (en polonais) Przegladlekarski, 1890, p. 469 etc.

(5) K. Bylicki : De la méthode de Brandt (en polonais) Przegladlekarski, 1889, p. 59.

(6) S. Strojnowski : Traité des prolapsus par le massage (en polonais). Przegl. lek. 1888, p. 477.

(7) T. Sielski : Traité de prolapsus par la méthode de Brandt (en polonais) in Wiadomoscilekar. 1888, p. 137. Idem. Centrabl. f. gynackol, 1889, p. 49.

et de Nyssen, qui après avoir pratiqué le massage gynécologique dans plusieurs hôpitaux a publié un travail très consciencieux, où il expose la méthode et décrit 18 observations personnelles suivies et vérifiées par les médecins des hôpitaux (1).

En Suisse, à Genève, le professeur Vulliet (2), grand partisan du massage, l'applique à ses malades depuis 1886 ; il s'est créé une méthode d'après la description des manipulations de Brandt, n'ayant pas le loisir de se rendre à Stockholm ; il a publié à deux reprises la description du massage et l'a fait suivre des observations recueillies par Mihran Boyadjian. Dernièrement, les docteurs A. Jentzer et M. Bourcart (3) se sont rendus à Stockholm et après une étude approfondie de la méthode et surtout de la gymnastique, ont publié un livre plein d'intérêt par la clarté de l'exposition et les gravures qui l'accompagnent. Ce livre, le premier en langue française, permet de comprendre mieux les mouvements administrés par Brandt, souvent très compliqués et presque incompréhensibles si l'on cherche à s'en rendre compte par la description seule. C'est avec ce livre en mains que nous avons suivi les démonstrations de Brandt. Th. Brandt, lui-même, est enchanté de cet ouvrage et a profité dans

(1) Winawer : Ueber Th. Brandt, méthode centralbl. f. gyn. 1888, p. 865. — De l'application de la méthode de Brandt au traite des maladies des femmes (en polonais) Varsovie, 1889. — Paramétrite postérieure et son trait. par la méthode de Th. Brandt. Gaz. lek. War. 1889, p. 318, 336.

(2) P. Vulliet : Sur le massage en gynécologie, in Jour. de Méd. de Paris, 1888, n° 15, 16. — Edition à part suivie de 20 observations de M. Boyadjian. — Paris, 1890.

(3) A. Jentzer et Bourcart : Gymnastique gynécologique (méthode Thure Brandt). Paris, 1891.

l'édition de son livre de l'idée d'accompagner la description des manipulations de figures et de schémas. La méthode n'a gagné qu'en clarté et précision.

Avant de quitter la Suisse, citons encore le docteur Stocker (1) à Luzerne et M. Gœnner (2) à Bâle, qui ont obtenu de bons résultats du massage dans les déviations et rétroflexions.

En Belgique, à Bruxelles, le docteur Jacobs (3) s'occupe beaucoup du massage, et rapporte plusieurs observations de prolapsus utérin guéri par lui, il a publié en français (4) le livre de Profanter sur le traitement des prolapsus.

Le docteur Fréderick de Liège, publie aussi un cas de prolapsus, guéri par la méthode de Brandt. A Anvers, le docteur Stas traduit le livre de Th. Brandt (édition de 1884) en français.

Citons enfin à Strasbourg : le docteur Klein (5) qui pratique le massage d'après Profanter et a fait un rapport sur la méthode devant la Société médicale de sa ville en 1887, le docteur Holzapfel (6) chef de clinique du professeur Freund qui a publié un article sur le massage accompagné de nombreuses observations.

(1) S. Stocker : Zur massage bei fixirten retro flexionem, in Centralb. f. gyn. 1892, p. 25.

(2) Gonner : Ueber die Behandlung von Lageveræenderungen, etc. Korespondents, Bl. f. Schw. Aerzt, 1889, p. 65.

(3) Jacobs : Prolapsus utérin total, guéri par le massage. In Revue médico-chir. des maladies des femmes, 1890, p. 574.

(4) Frederick : Prolapsus utérin et massage, in Ann. de la Société méd.-chirur. de Liège, 1890 p. 117.

(5) Klein : Le massage en gynécologie, in gaz. méd. de Strasbourg, 1888, p. 56 et mémoires de la soc. méd. de Strasbourg, 1886-1887, p. 294.

(6) K. Holzapfel : Ueber indicationem und Er folge des gynækologische massage. Wien. Méd. Bl. 1890, p. 627.

En Russie, le mouvement en faveur du massage gynécologique n'a pas été moins grand. A partir de 1888 plusieurs élèves de Brandt, de retour de Stockholm, ont commencé l'application de sa méthode dans les cliniques de Saint-Pétersbourg et de Moscou. Ainsi à Saint-Pétersbourg dans la clinique du professeur Slavianski, le massage est pratiqué par Siemianikoff (1) qui a réuni plusieurs observations et a fait une communication à la Société gynécologique en 1888. Vers la même époque, Madame Nikolska (2), de retour de Stockholm exposa la méthode de Brandt et des cas observés par elle chez lui dans un article très consciencieux. En 1889, la question du massage fut porté à l'ordre du jour du IIIe Congrès des médecins russes tenu en janvier à St-Pétersbourg. Le docteur Boriakowskij (3) a exposé les travaux de la Société gynécologique de Kief concernant le massage, dans ses conclusions elle engage vivement de poursuivre les recherches, espérant obtenir beaucoup de la méthode, quand elle sera bien connue et bien appliquée. Dans la même séance, le docteur Ott (4), élève de Brandt fit un rappor des résultats de ses travaux à l'Institut Klinik d'Eléna Pavlovna. En outre Siemianikoff expose le résultat de 28 observations et le docteur Galberstam de 42, dans lesquelles ils ont obtenu des améliorations et des guérisons par le massage. A la suite de tous ces rapports et la discussion qui les a suivie, le docteur

(1) Siemianikoff : Applicat. du massage à la gynécologie. Journ. d'accouch. et de malad. de femmes (en russe) 1888, décembre.

(2) Madame Nikolska : Traitement des maladies des femmes par la méthode de Brandt, in Vratsch, 1888, n° 23-30.

(3) Boriakowskij : mas. en gynécologie. Vratsch, 1889, p. 40.

(4) Ott : massage et gymnastique dans le traitement des maladies des femmes. Vratsch, 1889, p. 163, etc.

Soutougine a formulé la conclusion du Congrès de la manière suivante: «1° Le massage est un moyen puissant de thérapeutique dans le traitement des maladies des femmes; 2° Les indications et contre-indications ne sont pas encore bien établies; 3° Il est désirable de mettre la question sur le terrain expérimental; 4° Le massage irrite le système nerveux dans les cas tout à fait exclusifs (Hystérie); 5° l'influence sur l'excitation sexuelle est peu probable; 6° la différence de sexe n'a aucune influence; 7° l'électricité irrite le système nerveux beaucoup plus que le massage, lequel au contraire le calme (1) ».

A l'hôpital de Marie, l'application du massage gynécologique est confiée à Madame Zalesowa (2), qui à deux reprises, a étudié le massage chez Brandt; dans un travail très consciencieux elle expose les résultats obtenus pendant l'hiver 1890-91. Le massage a été appliqué dans deux rétroversions avec fixations, une rétroversion gauche adhérente, deux prolapsus utérins, six périmétrites et trois oophorites.

A Moscou, le grand partisan du massage est le professeur de gynécologie Snieguireff. Dans sa clinique, le docteur Remizoff (3) est chargé du traitement. Dernièrement il a réuni les observations prises dans la clinique et, ajoutant la description des manipulations employées par lui (d'après Brandt) il a publié une brochure très intéressante. Le professeur Snieguireff dans la préface de cet ouvrage, écrit que le besoin du massage gynécologique croît tous les jours, il lui suffit de dire que dans les

(1) Vratsch, 1889, p. 40.

(2) Zalesowa : Massage en gynécologie in Gaz. médecine (en russe), 1892, p. 213.

(3) M. M. Remisoff : Massage en gynécologie (en russe) Moscou, 1891.

deux dernières années l'opération du prolapsus est devenue une rareté dans sa clinique, que les pessaires et tous les moyens mécaniques pour le traitement des rétroflexions passent dans le domaine de l'histoire ; il croit fermement dans l'avenir du massage et présage une ère nouvelle pour la gynécologie, quand sa connaissance deviendra plus approfondie et plus universelle. » Ajoutons à ces travaux l'article de Madame Vinogradawa-Loukirskaja, élève de Brandt (1), et une communication de Benevolenski (2) sur un cas de prolapsus guéri par le massage.

En Amérique on commença à connaître la méthode de Brandt en 1889, au retour de Stockholm du docteur Boldt (3) ; il publia un article dans lequel il décrit les manipulations, des indications et contre-indications du massage. Mais longtemps avant cette époque, les articles et les ouvrages venant de l'Europe ont suscité des essais du traitement ; chacun appliquait les manipulations comme il les comprenait. Les docteurs Graham Douglas (4), connu par ses ouvrages sur le massage médical, Reeves Jackson (5), Rosenstirne (6) ont pu-

(1) Vinogradawa-Loukirskaja : Massage en gynécologie (en russe). Revue médicale, 1890 p. 1059.

(2) Benewolenskij : Un cas de prolapsus utérin guéri par le massage (en russe), id. 1889 p. 902.

(3) Boldt : Fixation of the uterus by adhesions in Amer. jour. of obstetr. 1889 p. 280. — The manuel treatment in gynecologie. Amer. jour. of obstetr. 1889 p. 172.

(4) Graham Douglas : Du massage in Boston med. and surg. jour. 1876 p. 146 et Chapitre sur le massage gynécologique in A treatise on massage, 1890 p. 119.

(5) Reeves Jackson : Uterin massage, etc. Bost. med. and surg. jour. 1880 p. 291.

(6) Rosenstirne : Kolossale hematocele behandelt durch massage. Centralbl. f. gynec. 1881 p. 305.

blié des exposés de leurs manipulations et des observations des cas traités par eux. Citons encore Henry Koplik (1), chef de clinique gynécologique à New-York et Vineberg (2), élève de Brandt.

Le massage gynécologique en France est resté longtemps inconnu. L'ouvrage de Brandt, publié en 1868 à Paris n'a provoqué que quelques paroles de blâme dans un article de journal, qui qualifia sa méthode « de malhonnête » et ses malades de « femmes éhontées ». En 1875 à Paris s'installa le docteur Norstrom, venant de Stockholm, où il avait entendu parler de Brandt et des merveilleux succès de sa méthode. Norstrom se composa alors sa propre méthode qui ne ressemble en rien à celle de Brandt. Le service du docteur Péan à Saint-Louis lui a servi de champs d'expérience, là il appliqua pendant longtemps ses manipulations et recueillit de nombreuses observations. Encouragé par ses premiers succès il présenta le 18 janvier 1876 à l'Académie de médecine un mémoire « sur le traitement des maladies des femmes au moyen de la méthode de massage ». Le mémoire a été très mal accueilli, malgré 174 observations rapportées par son auteur. Norstrom publia ensuite d'autres ouvrages (3) sur le massage gynécologique et plusieurs médecins ont adopté sa manière de manipuler.

Le mouvement s'accentuait de plus en plus au fur et à mesure que les travaux allemands, les traductions des livres de Brandt,

(1) Koplik : A contribution to the litterature of massage of the uterin and adnexa in Am. jour. of obst. 1889 p. 126.

(2) Vineberg : Le système de Brandt en gynécol. N.-York, med. jour., 1891, p. 24.

(3) Norstrom: Le massage de l'utérus. Paris 1889. Le massage dans les affections du voisinage de l'utérus et de ses annexes. Paris 1892.

la nouvelle de son passage à Iéna arrivaient jusqu'à la France. Mais toutes ces tentatives étaient faussées par la méthode déjà existante de Norstrom. Citons parmi ses rares adeptes le docteur Ernest Leblond qui en 1888 emploie le massage pour le traitement de déviations utérines avec les adhérences, des métrites subaiguës, de la dysmenorrhée et de l'hémorrhagie atonique, également de toutes les douleurs dans le bassin, occasionnées par une déviation quelconque de la matrice. En 1889, Madame Goldspiegel Sosnowska de retour de Stockholm, où elle alla étudier le massage, publia un court résumé (1) de la méthode de Brandt, qui sans donner une idée juste et précise de ce qu'est le massage gynécologique invite cependant des personnes intéressées à des études plus approfondies. Le docteur Jules Chéron (2) éminent gynécologiste de l'hôpital Saint-Lazare, par des publications, des résumés, des articles, et des livres publiés à l'étranger sur le massage en gynécologie, vulgarisa la méthode et prépara la voie aux idées favorables au massage, il commença à appliquer lui-même ce mode de traitement et fit paraître quelques articles sur le traitement de rétroversions avec adhérences, de la dysmenorrhée et des fibro-myomes.

Le 26 juillet 1892 la question du massage gynécologique fut porté pour la seconde fois devant l'Académie de médecine par le docteur Stapfer (3), chef de clinique obstétricale, qui fut chargé

(1) Madame Goldspiegel-Sosnowska : Traitement manuel des maladies des femmes in Archives de tocologie 1889, p. 853. Traitement des maladies des femmes, Archiv. génér. de Médecine 1893, p. 692.

(2) Jules Chéron, Revue médico-chirurg. des maladies des femmes 1891, p. 639, 309, 703.

(3) Stapfer. Kinesitherapie ginécol. d'après Brandt. Paris 1892.

d'une mission en Suède et étudia le massage gynécologique ou *la kinesithérapie gynécologique*, comme il l'appelle. Son rapport fut publié à part et contient l'exposé de la méthode de Brandt, explication physiologique de ses manipulations et les indications cliniques.

Depuis cette époque on commence à s'intéresser de plus en plus au massage et plusieurs chirurgiens des hôpitaux permettent de le pratiquer sur les malades de leurs services.

TECHNIQUE

Notions préliminaires, massage, réduction de l'utérus, son élévation, la gymnastique.

I

La méthode de Brandt, dont nous venons d'étudier l'historique, se compose du massage proprement dit, des manipulations destinées à réduire l'utérus dévié de sa position normale (réduction, élévation), et de la gymnastique.

Beaucoup de gynécologues, trouvant cette méthode trop compliquée, suppriment les mouvements de la gymnastique et simplifient les manœuvres de réduction et d'élévation ; cette dernière a été surtout critiquée. Cependant « c'est exclusivement à elle (méthode de Brandt) qu'il convient d'avoir recours. On ne doit la modifier et la perfectionner s'il y a lieu, que plus tard, quand on la connaîtra à fond, après expérience consommée. Toutes les méthodes similaires, en particulier les méthodes allemandes, sont des procédés bâtards. Les résultats obtenus par elles prouvent simplement que le principe même du massage est génial, mais ils sont inférieurs à ceux du traitement suédois (1). »

(1) Stapfer : La Kinesitherapie gynécologique, p. 63.

L'application de la méthode exige une habileté de mains que l'on obtient seulement avec le temps et avec beaucoup de patience, et des connaissances gynécologiques beaucoup plus grandes que dans l'application d'autres médications. Le diagnostic doit être très précis pour pouvoir poser les indications et choisir les manipulations les mieux appropriées aux cas donnés. L'examen le plus minutieux doit précéder chaque séance.

Les séances sont quotidiennes. Toute interruption prolongée est préjudiciable. On ne les suspend pas pendant les règles surtout en cas d'adhérences. Cette question des règles a été beaucoup débattue; Brandt lui-même au début interrompait les séances; mais sur les conseils du docteur Nyssen, il a commencé à pratiquer le massage pendant les règles dès 1878. L'expérience lui a prouvé que les adhérences se ramollissent et deviennent plus faciles à être distendues, les exsudats, grâce à une augmentation de vitalité et de congestion se résorbent beaucoup plus facilement.

Ainsi l'apparition des règles n'est pas une contre-indication, cependant chaque fois que l'état de la maladie ne nécessitera pas un traitement suivi et surtout s'il n'y a pas lieu de profiter de cet état congestif qui accompagne le flux cataménial, il serait bon, ne serait-ce que par convenance de suspendre le traitement pour 2-3 jours.

Avant de se soumettre aux manipulations, la malade aura soin de vider sa vessie et de prendre un lavement. Brandt ne donne pas d'injections à ses malades avant et après les séances, comme on serait tenté de le faire; il recommande cependant d'en faire, quand la malade sera de retour chez elle.

Le massage et l'examen de la malade se fait sur un sopha assez bas (de 34 cm. de hauteur environ.)

La malade après avoir ôté son corset et desserré tous les liens qui peuvent comprimer son corps, se couche sur le dos, de manière à avoir la tête et le bassin un peu relevées, les membres inférieurs fléchis, les genoux légèrement écartés, les pieds posés à plat sur le sopha. On a comparé cette position à celle d'une parturiente à l'heure d'expulsion, quand le dos n'est pas horizontal mais un peu relevé par des oreillers. Brandt nomme cette position « *Krokhalfliggande* », ce qui signifie *mi-couchée-courbée*, elle est destinée à relâcher les parois abdominales et refouler les intestins vers le diaphragme. Pour l'examen et le massage des ligaments larges on est forcé quelquefois de donner à la malade une position un peu courbée sur le côté, de manière à rapprocher le bord costal de la crête iliaque.

La position du médecin est assez particulière : il se place à gauche de la malade sur une chaise un peu plus élevée que le sopha, les jambes écartées. Brandt veut que le pied gauche de la malade s engage sous la cuisse gauche du médecin pour avoir un appui. Aucun élève de ceux que nous avons eu l'occasion de voir n'a suivi ce précepte, on se contente ordinairement de faire le bord du sopha un peu élevé pour que le pied de la malade ne glisse pas. Installé de cette façon, le médecin glisse sa main gauche sous la cuisse gauche de la malade sans la découvrir et introduit dans le vagin l'index gauche aseptisé et enduit préalablement de vaseline, les trois derniers doigts se placent dans le pli interfessier, sans être fléchis, le pouce très écarté à un centimètre environ du vestibule; le bord cubital de l'index déprime la commissure postérieure; le coude gauche s'appuie sur la cuisse gauche du médecin pour soulager les muscles du dos et pour permettre au doigt de rester sur la même place avec plus de sûreté. Cette position de la main, quoique n'étant pas clas-

sique, est de beaucoup préférable à cette dernière de l'avis de tous ceux qui ont bien voulu l'essayer. Il est nécessaire, dit Profanter (1), de ne pas plier les trois derniers doigts de la main gauche, sinon la main se fatiguerait trop vite; il se produirait des crampes dans les fléchisseurs des doigts, et la pression exercée par les jointures des doigts, que l'on doit appuyer fortement sur le périné pour pénétrer plus profondément, deviendrait extrêmement désagréable à la malade.

Brandt est tout à fait contraire à l'introduction de deux doigts, il affirme que cela n'a aucun avantage pour le médecin, tout en étant très désagréable aux malades. Beaucoup de praticiens cependant préfèrent cette manière d'agir.

Nous avons dit que la malade est couchée sur un sopha assez bas pour permettre au médecin de travailler assis; on pourrait cependant sans grand inconvénient placer la malade sur une table ou un lit à spéculum, lui laissant prendre la position mi-couchée-courbée; le médecin se tiendra alors du côté gauche de la malade; nous blâmons absolument la pratique de certains spécialistes qui se placent comme pour l'introduction du spéculum entre les cuisses de la malade; le massage véritable est absolument impossible dans cette position : on se borne alors à des compressions bimanuelles de l'utérus malade, ce qui donne encore quelques résultats favorables. Les mêmes praticiens veulent qu'on introduise la main gauche pour les parties gauches et la main droite pour le côté droit. Brandt ne nie pas l'utilité d'exercer les deux mains, mais avec l'intention de pouvoir laisser reposer la main droite. Nous avons vu Brandt travailler toute l'après-midi, sans qu'il change la main.

(1) P. Profanter : Die manuelle Behandlung der prolapsus utéri, Wien, 1888.

Il serait toujours utile d'examiner la malade dans la station debout; dans cette position l'utérus descend plus bas et devient plus accessible, surtout si la malade se penche en arrière; avec le décubitus dorsal l'utérus peut changer de position : en anteversion dans la station debout, il retombe en rétroversion dans la position couchée. Le médecin s'assied au côté gauche de la malade, la main droite placée sur le sacrum; la main gauche introduite sous le vêtement se place de la manière décrite plus haut pour le toucher, le coude de cette main appuie sur la cuisse gauche du médecin, pour lui offrir un soutien et permettre à la main de pénétrer plus profondément et d'agir avec une force plus considérable, dans le cas où on cherche à distendre les adhérences de l'utérus, par exemple.

Après avoir exploré par le vagin, on introduit l'index gauche dans le rectum, ce qui permet de mieux explorer la face postérieure et le fond de l'utérus. La malade pourra poser un pied sur la chaise et la main gauche sur l'épaule du médecin, la main droite tient ses jupes.

La position pour la gymnastique varie avec les mouvements à donner, nous la décrirons en parlant de la gymnastique. Les mouvements qu'on divise en *passifs*, *actifs* et *actifs avec la résistance*, sont donnés avant ou après la séance du massage selon les circonstances. Ils varient avec la maladie et sont toujours multiples. Par exemple, dans la myosite, les mouvements passifs qui contribuent à la résorption des exsudats doivent précéder les mouvements actifs, destinés à faire affluer vers les organes du sang artériel. Veut-on exciter la fonction d'un nerf malade, les mouvements actifs précèdent alors les mouvements passifs. L'expérience a démontré que l'excitation nerveuse sera plus grande dans ce cas.

Les mouvements *congestionnant* les organes du bassin se font seulement dans l'aménorrhée et le retard des règles ; dans toutes les autres maladies, les mouvements seront *décongestionnants*. Le traitement par la gymnastique ne doit jamais être fait après manger. Le meilleur temps est la matinée, quelques heures après un léger déjeuner.

La durée du traitement varie bien entendu avec la maladie. Les troubles subjectifs disparaissent assez vite et la malade se croit guérie; il y a lieu cependant de continuer le traitement jusqu'à la disparition des signes physiques, ce qui est quelquefois très long.

La marche de la guérison se fait par sauts ; la malade reste longtemps dans le même état et tout d'un coup la situation change et devient meilleure, ce qui arrive souvent après les règles.

Nous ne nous arrêtons pas à combattre les reproches faits à la méthode d'être indécente et de provoquer l'excitation sexuelle. De l'avis de tous les praticiens, cette dernière est excessivement rare : il s'agit seulement d'appliquer la méthode avec l'habileté et le savoir qu'elle exige.

Il est également superflu de débattre la question de sexe ; dans la lutte continuelle pour la vie, celui qui fera mieux, s'élèvera au-dessus des médiocrités ; sera-ce la femme ou l'homme, qu'importe pour l'humanité souffrante?

II

Le massage gynécologique a pour but de dissocier, d'écraser et d'étendre les exsudats plus ou moins grands, qui par leur présence provoquent et maintiennent des différents états morbides ; d'activer la circulation veineuse et lymphatique pour faciliter la résorption de ses exsudats, diminuer les congestions, d'apaiser et d'anesthésier les douleurs locales ou réflexes ; faciliter l'innervation et la nutrition et par là le fonctionnement normal des organes situés dans le bassin.

Le massage ne doit jamais être douloureux, ne doit ni fatiguer, ni énerver les malades. Si l'excitation nerveuse est très grande (hystérie, nervosisme), on le combat par des moyens appropriés (mouvements de gymnastique généraux, douches, etc.) ou même on interrompt le traitement pour 2 ou 3 jours. Pour que le massage ne soit pas douloureux, il faut commencer très légèrement et ne masser d'abord que les parties environnantes, non douloureuses, graduellement et lentement, avancer sur l'endroit malade et n'augmenter la force que quand la sensibilité sera suffisamment émoussée. De temps en temps il faut s'arrêter et pour finir diminuer de nouveau graduellement la force du massage et mettre à la fin sa main à plat sur l'endroit massé, en produisant un tremblement très léger. Les malades éprouvent quelquefois, surtout au début du traitement, une sensation désagréable de courbature et de pesanteur après les premières séances, il est bon de les en prévenir. Une application pareille exige beaucoup de temps et de patience, mais grâce seulement à cette manière d'agir on pourra venir à bout des affections les plus douloureuses. Elle est aussi très fati-

gante pour l'opérateur : il faut s'arrêter de temps en temps et laisser les muscles reprendre un peu de force.

Le massage est pratiqué dans la position mi-couchée-courbée (*position de Brandt*), à travers la paroi abdominale, rarement par le rectum, mais *jamais* par le doigt introduit dans le vagin ; à nu ou sur la chemise, toujours à sec. On commence par les parties latérales de chaque côté du promontoire en allant de bas en haut, ensuite les parties plus profondes et latérales du bassin suivant toujours la direction de la circulation de retour, et on finit par le massage de l'organe malade.

On pratique le massage avec la face palmaire de la troisième phalange de l'indicateur et du médius, ou du médius et de l'annulaire ; les *mouvements en petits cercles* se font dans le coude et principalement dans l'épaule ; les doigts et le poignet restent passifs et souples. Les doigts de la main droite animés de ce mouvement circulaire suivent la direction de la circulation et pressent les parties atteintes contre l'index de la main gauche qui doit servir comme moyen d'appui et de contrôle ; les frictions circulaires se font non pas sur la peau, mais la peau se meut avec les doigts sur les organes à masser.

L'index gauche sera introduit soit dans le vagin, soit dans le rectum, toujours sous la cuisse gauche de la malade, on le met sous les parties malades pour les maintenir, si elles sont mobiles, ou seulement pour offrir un plan résistant pour le massage. Il ne doit jamais tendre les organes pour les approcher vers la paroi abdominale : l'expérience a montré que cette tension est souvent très douloureuse et jamais utile. Il passe lentement d'un endroit à l'autre et ne participe jamais aux mouvements rapides des doigts de la main droite.

L'introduction de l'index gauche dans le vagin est toujours

préférable, mais il y a des cas où l'introduction dans le rectum s'impose, comme dans la position de l'utérus en rétroversion, ou dans le déplacement d'un ovaire en arrière. Cette manière d'opérer s'impose également chez les jeunes filles.

Quand les exsudats sont très grands et durs, l'appui de l'index gauche paraît être inutile, cependant il serait bon de l'introduire dans le vagin pour pouvoir se rendre compte du progrès et de la direction du massage.

Pour masser l'*utérus*, il faut le ramener d'abord en antéversion et le coucher pour ainsi dire sur l'index gauche, et masser ensuite par des mouvements circulaires du fond de l'utérus vers l'orifice interne et vers les côtés ; on ne doit jamais renverser l'utérus en arrière pour masser sa face antérieure ; s'il y a une indication absolue à masser cette partie, il faut le faire avant d'avoir ramené l'utérus en avant. Le massage de la face antérieure n'est indiqué que dans les antéflexions, ou quand l'utérus est fixé en arrière.

Les ligaments larges sont massés par des mouvements circulaires toujours dans la direction de l'utérus vers la paroi du bassin, l'index gauche introduit dans le vagin, tandis que pour les *ligaments utéro-sacré* et *les replis de Douglas* l'index gauche sera introduit dans le rectum.

Les trompes sont massées dans la direction de l'utérus ; on glisse lentement l'index gauche dans la même direction pour que la trompe se trouve toujours entre les doigts de deux mains. Quelquefois on masse d'abord la partie voisine de l'utérus et après avoir vidé son contenu dans l'utérus, on procède au massage d'une partie plus éloignée. Il est facile de se convaincre que la trompe se vide dans l'utérus, car souvent à la fin de la séance l'écoulement par l'orifice externe de

l'utérus augmente subitement ; Brandt affirme l'avoir constaté souvent. Le massage est absolument contre-indiqué dans une affection aiguë de la trompe (salpingite blennorrhagique par exemple).

Les *ovaires* peuvent être englobés dans les exsudats paramétriques, ou rester libres et excessivement mobiles. Dans le premier cas la plus grande prudence est indiquée : on commence à masser très doucement la périphérie et au bout de quelques séances, quand l'ovaire sera dégagé suffisamment on cherche peu à peu à pénétrer soit avec l'index gauche, soit avec les doigts externes entre lui et la paroi du bassin et à le détacher. Si l'ovaire est mobile et si l'index gauche ne suffit pas pour le maintenir, on tâche de l'appuyer contre la paroi pelvienne ou contre l'utérus et on le masse par des mouvements circulaires. Dans les cas d'oophorites chroniques on arrive rarement à diminuer l'ovaire, mais on arrive à calmer la douleur et souvent à l'empêcher d'augmenter. A la fin du massage on replace l'ovaire dans sa position normale et on cherche à opérer une légère traction sur ses ligaments pour les exciter à se contracter.

Les parois du bassin ne peuvent pas être massées à deux mains, cependant le doigt explorateur servira toujours à donner une notion de la position des organes pendant le massage. Une partie minime du bassin est accessible à la main externe, la plus grande partie de la paroi postérieure échappe à son action, alors on se sert pour le massage de l'index gauche introduit dans le rectum le plus profondément possible ; la main tournée par sa face palmaire en bas, on appuie successivement avec la pulpe de l'index les parties malades en exécutant des mouvements vibratoires. On peut se servir en même temps de la main droite et alors l'exsudat se trouve entre les deux mains et pourra être

comprimé et malaxé plus fortement, mais pour cela il faut des parois minces et relâchées. Le massage exécuté par le rectum étant très désagréable, douloureux et mal supporté par les malades, il serait bon d'y recourir seulement dans les cas d'une nécessité absolue.

III

La réduction de l'utérus, telle que nous allons la décrire est tout à fait l'œuvre de Brandt. Il n'emploie pour cela que ses propres mains et jamais d'autres instruments, ni pessaires, ni tiges intra-utérines. Cette manière d'agir exige beaucoup de patience et de persévérance ; travailleur infatigable, Brandt refait son ouvrage tous les jours, jusqu'à ce que l'utérus reste enfin définitivement à sa place normale. Ceux qui n'ont pas pu s'approprier cette méthode, s'étonnent de la masse de travail nécessaire et critiquent injustement la méthode, tout en étant forcés de reconnaître les bons résultats qu'on peut en tirer (1).

La réduction de l'utérus nécessite un utérus mobile ou pouvant l'être rien que par le changement de position. Les adhérences, les exsudats qui peuvent englober et fixer l'utérus, seront d'abord détruits, allongés ou résorbés par le massage et d'autres manipulations dont nous parlerons plus tard.

Les manipulations varient avec la position, la consistance et le volume de l'utérus.

La réduction doit être faite sans violence ni brusquerie, par des mouvements lents, d'une force modérée. Les doigts de la main droite déprimeront la paroi abdominale en exécutant toujours des mouvements vibratoires et en petits cercles comme

(1) Schultze : Zur therapie hartnaeckiger Retroflexion der gebaermutter, Sammul. Klin. Vortrag. 1891, p. 244 n° 24.

pour le massage ; la paroi abdominale cède mieux, la sensation est plus exquise (pour le médecin) et les malades n'éprouvent aucune sensation désagréable. L'index gauche placé dans le vagin ou le rectum changera lentement de position selon le besoin et suivra avec la plus grande attention les changements dans la position de l'utérus et des ligaments.

La malade sera couchée ou debout ; cette dernière position fait descendre l'utérus plus bas par la pression des intestins et on pourra l'atteindre avec plus de facilité, surtout si on a les doigts trop courts. La malade doit respirer régulièrement, Brandt a remarqué que la réduction est plus difficile si la malade retient sa respiration.

La réduction elle-même peut se faire :

1° par le rectum et le vagin à la fois, ce que Brandt appelle la réduction *recto-vaginale ;* la malade étant debout, couchée sur le ventre ou dans la position de Brandt. La manipulation qu'il fait dans ce cas s'appelle le *renversement* (omkastning.)

2° par le vagin et la paroi abdominale ou la réduction *ventro-vaginale*, dont il y a plusieurs variétés nommées par Brandt :

a) Mouvement de bascule (Guppning.)

b) L'étreinte (Klæmning.)

c) Accrochement (ikroning.)

d) La réduction par pression (redressionstrycket.)

3° par le rectum et la paroi abdominale : réduction *ventro-rectale* et enfin.

4° par le rectum, le vagin et l'abdomen ou la réduction *ventro-recto-vaginale.*

1. — La réduction *recto-vaginale* par le renversement (omkastning.)

Cette manipulation est employée pour un utérus gros (gros-

sesse, fibrômes) ou trop enclavé en arrière. Ordinairement la femme reste debout, comme pour l'exploration, ou rarement couchée sur le ventre. L'index gauche introduit dans le rectum aussi haut que la chose sera possible, presse lentement sur les bords de l'utérus en cherchant à le ramener en avant et en bas. Quelquefois cette manœuvre seule suffit pour replacer l'utérus, autrement à l'aide du pouce placé dans le vagin, on repousse le col de l'utérus en arrière et en haut, en même temps que l'index accomplit ses mouvements en avant et en bas. Il peut arriver que l'utérus sera trop bas et par trop ramené en avant, alors le pouce ou l'index placé dans le cul-de-sac antérieur pousse l'utérus en haut et en avant jusqu'à ce qu'on sente les attaches antérieures se tendre légèrement. Pour les commençants cette manipulation est la plus facile. Cependant elle peut ne pas réussir tout à fait ; alors en maintenant l'utérus avec ses doigts, on fait coucher la femme d'abord sur le ventre, ensuite on lui recommande de se tourner sur le dos en maintenant toujours l'utérus dans la position dans laquelle on réussit à le ramener. Une fois que la femme est couchée sur le dos dans la position mi-couchée-courbée, on achève le replacement de l'utérus avec la main droite à travers la paroi abdominale ce qui sera décrit plus bas (Réd. ventro–recto-vaginale.)

2. — Réductions ventro-vaginales :

a) *mouvement de bascule* : Si l'utérus est petit et rigide on applique la pulpe de l'index sur la face antérieure du col qu'il refoule d'avant en arrière et en haut et bascule l'utérus en avant, la main droite par des petits mouvements circulaires pénètre à travers la paroi abdominale derrière le fond et achève de le ramener en avant.

b). *Etreinte* (Klæmning) : Si les attaches antérieures ne sont

pas tendues, le mouvement de bascule ne réussit pas, alors on cherche le fond de l'utérus avec la main droite à travers la paroi abdominale, on place le médius et l'annulaire sur le fond et l'index et l'auriculaire de chaque côté (la main en bec de cuillère), les doigts étreignent le fond de l'utérus (d'où la manœuvre a reçu le nom d'étreinte), pendant ce temps l'index gauche appuyé sur la partie antérieure du col le pousse en arrière et en haut, l'utérus glisse dans les doigts de la main droite qui, par une pression en bas et en avant, ramène l'utérus en avant.

c). Réduction de l'utérus *par accrochement* (ikroning) : L'utérus étant très flexible, la pression de l'index gauche sur la partie antérieure du col peut augmenter l'angle de la flexion sans pouvoir soulever l'utérus. Dans ce cas, on essaye d'accrocher l'utérus avec l'index gauche. On le fait de la manière suivante : On passe l'index légèrement fléchi du cul-de-sac latéral droit en arrière de l'utérus et on place le doigt fléchi sous l'isthme ou même, si cela est possible sous le fond de l'utérus. On soulève alors l'utérus en avant, pendant que les doigts de la main droite passent sous le fond et achèvent la réduction.

d). La réduction *par pression* (redressionstrycket) : Il arrive souvent que la portion vaginale de l'utérus est ramenée en avant vers le pubis et présente une certaine résistance dans cette position, il faut alors la presser fortement en arrière. Cette manipulation s'exécute en quatre temps. On introduit d'abord l'index gauche aussi haut que possible en arrière de l'utérus, on le soulève en avant vers la paroi abdominale (renversement). Tout en maintenant l'utérus avec ce doigt, les doigts de la main droite (face dorsale vers pubis) pénètrent à travers la paroi abdominale jusqu'à la partie supérieure et antérieure de l'isthme

de l'utérus. On ramène alors l'index gauche en avant du col, presque en face des doigts extérieurs et on fait agir les deux mains simultanément, reculant le col en arrière et en haut, jusqu'à ce qu'il se produise une certaine tension dans la partie antérieure du vagin. Cette pression est exercée pendant quelques secondes et l'utérus bascule déjà un peu en avant, surtout si l'on a pris la précaution de ne pas refouler le fond utérin avec la paume de la main. Pendant que l'index gauche immobile fixe l'utérus, on fait glisser très lentement la main droite le long du bord droit de l'utérus et lorsque on arrive sur le fond on le pousse en avant jusqu'à ce qu'il soit dans sa position normale.

Une condition essentielle à la réussite de cette manœuvre es que l'utérus soit toujours maintenu dans la ligne médiane.

3. — Réduction *ventro-rectale* n'est guère employée que chez les personnes, chez lesquelles l'introduction du doigt dans le vagin est impossible, chez les jeunes filles par exemple. L'index gauche introduit dans le rectum et placé derrière le corps de l'utérus, les doigts de la main droite par des mouvements circulaires arrivent sur le fond et cherchent à pénétrer en arrière pendant que l'index gauche pousse l'utérus en avant.

La manœuvre analogue avec l'introduction du pouce gauche dans le vagin s'appellera :

4. — La réduction *ventro-recto-vaginale* qui est indiquée chaque fois que l'utérus est très long, mou et fortement incliné en arrière. La réduction par accrochement a été impossible, parce que l'index gauche ne pouvait arriver derrière le corps de l'utérus. On introduit l'index gauche dans le rectum au-delà du troisième sphincter, la main droite cherche le fond de l'utérus et tache de le pousser en bas sur le doigt interne et de pénétrer en

même temps derrière le fond. Si ces deux manœuvres combinées ne suffisent pas, on introduit le pouce dans le vagin et on exerce une pression sur le col de l'utérus en le poussant en arrière et en haut. Avec ces trois manœuvres on réussit toujours et Brandt recommande particulièrement aux débutants cette dernière manière de réduction.

Toutes ces manœuvres se complètent et se remplacent selon que telle ou telle difficulté se présente à l'opérateur. Le diagnostic exact de la grosseur, de la longueur, de la consistance, de la flexibilité et du degré de la tension des attaches utérines est absolument nécessaire. Il ne suffit pas de faire ce diagnostic rigoureux, il faut encore avoir présents à l'esprit les ligaments utérins, les changements dans leur tension et les positions nouvelles que prend l'utérus pour pouvoir s'arrêter à temps, modifier la manœuvre opératoire. Il arrive trop souvent pour le commençant qu'il pousse l'utérus trop en haut et alors l'index gauche n'est plus en état de parvenir derrière le fond de l'utérus, ce qui rend la réduction très difficile. Après avoir essayé quelques manœuvres sans mesure et degré nécessaires, on enclave et refoule l'utérus en arrière, sans réussir à le ramener en antéversion. Brandt se plaît à raconter souvent ces accidents des débutants, mais on y passe quand même. Il nous est arrivé de faire dès le début une réduction qui d'ailleurs était des plus faciles. Brandt restait froid à notre succès, dont nous étions au contraire enchantés. Le lendemain sûre de notre succès, nous avons opéré avec moins de précautions et... la réduction n'a pas réussi, mais Brandt était enchanté, il triomphait de pouvoir nous mettre en garde contre ces accidents fâcheux et avec une bonté paternelle renchérissait sur les précautions à prendre et

sur la nécessité absolue de *tendre tout son esprit vers le bout de son index gauche.*

IV

En parlant du développement de la méthode de Brandt nous avons raconté comment il est arrivé à la conception *de l'élévation* de l'utérus et quels changements elle a subi au fur et à mesure que le champ d'expérience s'élargissait devant lui.

Nous allons décrire ici les manipulations, qui composent l'élévation, dans leur dernière phase d'évolution, c'est-à-dire telles que nous les avons observé nous-même.

L'élévation consiste à saisir à travers la paroi abdominale l'utérus et à le porter en haut en produisant une extension de ses attaches.

Brandt s'en sert dans les prolapsus de l'utérus et du vagin, dans les différentes déviations et dans le cas où l'utérus très augmenté de volume (grossesse, fibrôme) provoque des symptômes morbides, dûs à la compression ou à l'irritation des parties environnantes ; de là trois manières d'opérer l'élévation, qui d'ailleurs se modifie encore selon les circonstances.

Ces manœuvres ne doivent causer aucune douleur à la malade, autrement la paroi abdominale se contracte et les rend impossibles. On commence toujours par des mouvements moins forts, moins profonds, même sans saisir l'utérus (1), on n'augmente la force et la profondeur que quand la malade s'habitue et n'oppose aucune résistance. Pour être bien exécutée, l'élévation exige le secours d'un aide, qui sera chargé de l'opération.

(1) Th. Brandt, son ouvrage, édition de 1891, p. 39.

La malade, après avoir dégrafé ses vêtements et baissé ses jupes de manière à découvrir le ventre, sera couchée sur la chaise longue dans la position de Brandt. La paroi abdominale sera nue ou, si l'on veut, recouverte par la chemise, les jambes fortement fléchies, les genoux légèrement écartés et les pieds rapprochés. Le médecin assis à gauche, comme d'habitude, replace l'utérus, par des manipulations que nous avons décrites, dans la position normale, autant que cela sera possible, ensuite il place son index gauche sur la partie antérieure du col le plus près de l'isthme et après avoir poussé le col un peu en arrière pour avancer encore le fond de l'utérus en avant, le maintient immobile. La main droite à plat sur le ventre, le talon de la main tourné vers l'ombilic, écarte les intestins et en repoussant la paroi abdominale en bas, plonge entre le pubis et l'utérus pour guider ensuite les mains de la personne chargée de l'élévation. Cette personne, *une femme de préférence*, bien au courant de l'anatomie du bassin, se place en face de la malade, genou gauche sur le canapé en dehors du pied droit de la malade, la jambe droite par terre (du côté gauche) le plus possible en avant, pour pouvoir s'incliner suffisamment sans perdre l'équilibre. Si l'assistante est petite, elle se met à genoux sur le canapé. Les avant-bras et les bras en extension, les mains en supination et extension complète, se touchant par les bords cubitaux se placent entre le pubis et la main du médecin et glissent sur la face dorsale de cette main. En se penchant à présent en avant, jusqu'à toucher presque la figure de la malade, l'assistante, par le seul poids de son corps plonge ses doigts derrière le pubis jusqu'à ce que le médecin les sente toucher son index gauche, placé contre le col de l'utérus. Le médecin retire alors sa main droite, l'index gauche reste à sa place. L'assistante flé-

chit légèrement ses doigts pour saisir l'utérus au niveau de son isthme ; alors elle se redresse lentement pendant que les mains avec un léger tremblement portent l'utérus en haut et un peu en avant le long de la concavité du sacrum, aussi haut que la laxité des ligaments le permet. Ce mouvement doit être fait avec la plus grande attention, au moindre indice de douleur, au moindre obstacle à la progression des doigts on l'interrompt ; quelquefois l'utérus glisse des mains et se renverse en arrière; il faut alors s'arrêter également et le reprendre à nouveau. Quand l'élévation a été portée à un degré voulu de l'extension de ses attaches le médecin prévient l'assistante et cette dernière dégage lentement ses mains, l'utérus glisse alors entre ses doigts et revient à sa position primitive. Il est très important que l'utérus ne retombe pas brusquement.

Si l'utérus par la laxité de ses ligaments est ramené très haut, de sorte que l'index gauche du médecin, placé au début sur la face antérieure du col, ne puisse plus la suivre, il faut qu'il reste quand même à sa place pour maintenir l'utérus, aussitôt qu'il retombe après l'élévation.

Les doigts de l'assistante doivent se mouvoir ensemble avec la paroi abdominale, mais si cette dernière n'a pas été suffisamment abaissée, elle sera douloureusement tendue et empêchera le mouvement, on pourra alors glisser sur la paroi, sans cependant perdre de vue le mouvement de l'utérus. Cette manœuvre devient même nécessaire dans le prolapsus excessivement prononcé. Cependant chaque fois que la chose est possible, il faut éviter de glisser sur la paroi.

L'élévation, que nous venons de décrire est indiquée pour le prolapsus de l'utérus et du vagin. Brandt la nomme *l'élévation longue ou élevée,* pour la distinguer d'une autre qui s'appelle

l'élévation courte ou basse. Cette dernière est indiquée dans les déviations utérines.

Dans l'exécution de l'élévation courte, la position des personnes est la même, les mouvements se produisent dans les mêmes conditions, seulement on les arrête aussitôt que les attaches antérieures sont tendues. L'assistante maintient quelques secondes les ligaments en extension et ensuite retire les mains subitement. Le corps de l'utérus tombe alors en avant, ce qui est parfaitement senti par l'index du médecin.

Quand l'utérus est très grand, il y a lieu de faire une élévation, les mains de l'assistante pénètrent alors de chaque côté de l'utérus, le soulevant en haut légèrement avec des mouvements vibratoires; le déplacement de l'utérus est très limité et accompli avec des précautions encore plus grandes que dans les cas précédemment décrits, surtout s'il s'agit de la grossesse.

Dans les déviations latérales de l'utérus, où il faut distendre les ligaments raccourcis et tonifier ceux qui sont distendus et affaiblis, le mouvement de l'élévation se fait un peu obliquement avec la main correspondant au ligament raccourci ; la main du côté opposé plongée comme l'autre dans le bassin produit des mouvements d'élévation avec un léger tremblement. Le reste, sauf ce petit changement, s'accomplit de la même manière que dans les cas précédents.

Le mouvement de l'élévation sera répété *trois fois* de suite.

Nous avons vu que l'assistance d'un aide est nécessaire pour accomplir l'élévation. Cependant on pourrait s'en passer. Brandt lui-même l'a pratiquée sans aide jusqu'à 1868 ; seulement les manœuvres sont beaucoup plus difficiles et exigent de l'exécutant beaucoup plus d'adresse et d'attention. Le médecin se place dans la position que nous avons décrite pour l'assistante.

La difficulté se trouve en ce qu'il ne peut pas se rendre suffisamment compte du mouvement de l'utérus et ce dernier peut très facilement glisser et retomber en arrière, ce qui est toujours fâcheux. La manipulation n'est jamais aussi bien exécutée qu'avec un aide et Brandt a remarqué que le temps nécessaire pour une guérison se compte par mois, là où avec un aide, des semaines auraient suffi.

On pourrait encore pratiquer l'élévation de la manière suivante par le médecin seul, qui, assis comme pour le massage dispose ses mains comme pour l'élévation avec aide, c'est-à-dire l'index gauche sur la partie antérieure du col, la main droite enfoncée entre le pubis et l'utérus, face palmaire regardant vers l'utérus. Cette main au lieu de se retirer, comme dans le cas précédent, cherche au contraire à embrasser l'utérus avec les doigts et à le tirer, s'aidant de l'index gauche en haut, manipulation difficile et qui exige beaucoup d'expérience.

D'autres praticiens se contentent d'introduire les doigts de la main gauche dans le vagin et de pousser l'utérus aussi loin que cela sera possible. On a imaginé encore des instruments qui remplissent le même rôle et qui permettent d'aller plus haut. L'insuffisance de ces manières d'opérer est trop évidente pour que nous nous arrêtions pour les critiquer.

L'élévation de l'utérus *est contre-indiquée* chaque fois que l'utérus n'est pas libre, qu'il s'agit d'adhérences ou d'exsudats ; il faut les faire disparaître d'abord par le massage et l'extension et libérer complètement l'utérus. Les inflammations aiguës des ovaires et l'irritation de la vessie ne sont pas non plus compatibles avec cette manipulation.

Pendant l'exécution de l'élévation, la malade ne doit éprouver aucune douleur, tout au plus une sensation désagréable de

traction des parties externes vers l'intérieur. Il arrive quelquefois que l'assistante saisissant mal l'utérus le laisse échapper pendant l'élévation, l'utérus retombe brusquement et produit une surprise désagréable et douloureuse pour la malade, il faut l'éviter autant que possible.

L'action physiologique et l'utilité même de l'élévation ont été beaucoup discutées. Comme on n'est pas encore arrivé à donner une explication satisfaisante, nous nous abstenons pour le moment d'exposer les différentes théories.

Il est hors de doute, cependant, que l'élévation par des extensions mesurées contribue à cette libération des organes sans laquelle il n'y a point de santé générale; elle substitue les contractions au relâchement, l'élasticité à la contracture; elle réveille la tonicité des parties; rétablit l'innervation et la circulation. Sous l'influence des élévations l'abondance des règles diminue, les métrorrhagies disparaissent; l'élévation paraît agir en diminuant la congestion de l'utérus.

V

Nous avons dit que Brandt complète ses manipulations localisées aux parties malades par des mouvements de gymnastique qu'il a empruntés à la gymnastique suédoise, créée par Ling. Ces mouvements s'adressent tantôt à l'état général, tantôt agissent directement sur la région malade. Ces derniers, Brandt les classe selon leur action physiologique; les uns *congestionnent* les organes du bassin, les autres, au contraire, *diminuent la congestion*. Les mouvements congestionnants sont moins nombreux et ne sont employés que dans le traitement de l'aménorrhée et la dysménorrhée; les autres mouvements sont beaucoup plus

importants et s'adressent à presque toutes les affections des organes génitaux.

Au point de vue de l'exécution, les mouvements se divisent en mouvements *passifs*, *actifs* et *actifs avec résistance*.

Les premiers sont exécutés par le médecin, et sont destinés à activer la circulation veineuse et lymphatique, la malade reste absolument passive, les muscles en complet relâchement, la douleur éprouvée par elle sert de point de repère à l'étendue du mouvement.

Les mouvements actifs sont faits par les malades seules ; ils doivent être faits *lentement, graduellement*, sans secousses ni contractions spasmodiques des muscles, le reste du corps doit être *ferme et immobile* dans la position prise. Chaque muscle en se contractant agit à la manière d'un cœur périphérique, la quantité de sang qui traverse le muscle en activité est sept fois plus considérable qu'à l'état de repos (Marey). Les contractions musculaires attirent le sang sur les groupes musculaires en activité et décongestionnent par conséquent les autres parties du corps et surtout celles qui se trouvent dans la dépendance immédiate de mêmes voies circulatoires. Les mouvements du tronc agissent encore mécaniquement en ébranlant, en comprimant les organes situés dans la cage thoracique et dans la cavité abdominale. Ainsi les contractions rythmiques des muscles abdominaux agissent favorablement sur les fonctions intestinales.

Si pendant l'exécution d'un mouvement actif, le médecin oppose une résistance plus ou moins grande, le mouvement s'appellera, mouvement avec la résistance. Le travail musculaire sera augmenté en proportion de la résistance et son effet en augmentera de même ; mais la différence capitale entre les mou-

vements actifs et les mouvements avec la résistance consiste en ceci que le mouvement avec résistance permet de faire travailler un certain groupe musculaire, sans provoquer le travail analogue dans les antagonistes de ce groupe. Pour faire une flexion du bras, il faut faire aussi l'extension, si on travaille avec la résistance on pourra faire tout le temps la flexion ou l'extension. La malade fléchit son bras avec une légère résistance du médecin, ensuite la malade tient son bras fléchi et oppose une résistance à l'extension pratiquée par le médecin ; le groupe des fléchisseurs seul a travaillé pendant ce temps.

On a cherché à utiliser différents appareils pour pratiquer la résistance et les mouvements de retour. Le docteur Zander, de Stockholm, a construit de nombreuses machines, mais Brandt est tout à fait contraire à leur emploi pour le traitement des maladies des femmes. Pour aider à l'exécution des mouvements prescrits par lui, il utilise les meubles qu'on peut trouver dans les maisons les plus pauvres : bancs, chaises, une table, un lit, une porte lui suffisent largement pour tout ce que le médecin sera appelé à faire dans le traitement des maladies des femmes.

Nous allons décrire les mouvements employés par Brandt dans l'ordre où il les a décrits lui-même dans son dernier ouvrage (1891). Nous regrettons de ne pas pouvoir le faire accompagner de gravures pour faciliter leur compréhension.

1. Station de marche : — *flexion de la tête en arrière.*

La malade est debout en position de marche, un pied en avant, les mains sur les hanches. Le médecin en avant de la malade, met ses mains à plat sur la nuque s'appuyant par les bords cubitaux sur les côtés du cou et sur la face antérieure des épaules.

Le médecin ramène la tête en avant avec une légère résistance de la malade ; ensuite la malade fléchit la tête en arrière sous la résistance du médecin. Exercice des muscles de la nuque. Le mouvement est donné 3-4 fois. — *Décongestionne la tête.*

2. Station de marche ou assise écartée, bras de coté ; *ramener les bras en avant.*

La malade a, comme dans le premier mouvement, les membres supérieurs étendus horizontalement de côté. Si la malade est trop faible, elle peut être assise. Le médecin en avant, ou en arrière de la malade, la tient par les bras, ou les poignets. Il ramène les bras en avant, avec la résistance de la malade, qui exécute ensuite les mouvements avec la résistance du médecin ; le mouvement doit être porté à sa limite extrême, la dernière moitié (extension forcée) est la plus importante. 3-4 fois.

Elargit la poitrine, aspire le sang de la tête et en partie de l'abdomen, décongestionne principalement la tête, étant donné surtout avec la flexion de la tête en arrière.

3. Station assise, écartée ; penchée en avant, bras élevé : *flexion des bras.*

La malade est assise, genoux écartés, le tronc en extension et penché en avant, les bras étendus en haut. — Le médecin se tient debout sur une banquette devant la malade et tient ses poignets.

La malade fléchit les bras avec la résistance du médecin, jusqu'à ce que les coudes arrivent de chaque côté du corps ; ensuite le médecin tire les bras en haut et la malade oppose une résistance. Ce sont les muscles de la partie supérieure du

dos qui travaillent. Ce mouvement, d'après Brandt, *décongestionne le bassin et la tête* et porte le sang vers le dos.

4. Station assise, écartée, bras élevés : *rotation de l'épaule.*

La malade assise sur une chaise, dos appuyé, tient les bras élevés. Le médecin derrière la malade sur un plan un peu élevé, saisit ses poignets et exécute les mouvements circulaires 8-12 fois, toujours dans la même direction, en avant, en haut, en arrière et en bas, on monte en avant et on descend en haut, les avant-bras doivent rester dans le plan vertical, les bras ne pas dépasser trop la ligne horizontale.

On peut donner le même mouvement dans la position couchée de la malade, le médecin se tient alors à la tête du canapé.

Brandt a l'habitude de finir ce mouvement par le mouvement de flexion de bras (mouv. 3).

Une faible action *décongestionnant le bassin.*

5. *Tapotement des membres supérieurs et inférieurs et leur pétrissage.*

Il n'y a pas de position déterminée de la malade, pourvu qu'elle soit commode pour la malade et pour le médecin. Etant assise la malade peut appuyer sa main sur le dossier d'une chaise. Pour le membre inférieur, position debout, le pied sur la chaise. Le médecin avec la paume de ses mains produit le tapotement de tous les côtés dans la direction descendante. Ensuite il roule les masses musculaires entre les deux mains dans ce même sens. On répète ces manipulations à plusieurs reprises.

Active la circulation du sang dans les membres.

6. Station debout : *Elévation des bras avec des profondes inspirations.*

La malade debout, bras en extension, dirigés en bas, elle les relève en avant, en faisant une grande inspiration; ensuite en arrière, de côté et en bas pendant l'expiration.

Répétés une dizaine de fois. *Active la respiration.*

7. Station assise, écartée : *Elévation passive du thorax.*

La malade est assise sur une chaise, les mains pendantes, les muscles relâchés, sans contraction aucune. Le médecin debout sur une chaise en arrière de la malade, le côté externe d'une jambe contre le dos de cette dernière, passe ses mains sous les aisselles d'avant en arrière et pendant que la malade fait une profonde inépiration, il soulève la poitrine en l'attirant en haut et en arrière et appuyant avec le genou dans le dos. Pendant l'expiration les épaules retombent dans leur première position. On répète ce mouvement 4-5 fois, *Active fortement la circulation pulmonaire.*

8. Station verticale, mains appuyées : *Extension du thorax.*

La malade se tient debout entre deux barres verticales, les bras étendus horizontalement de côté, les avant-bras dirigés en haut, les mains tiennent les barres. Le médecin en arrière de la malade met une main sur la partie inférieure du dos, les doigts dirigés en haut, l'autre main sur le ventre. Pour accomplir le mouvement, la malade se soulève sur les pointes des pieds et fait une profonde inspiration; le médecin pousse le thorax en haut et en avant, l'autre main presse sur le ventre. Pendant l'expiration la malade revient à la position normale. *Mouvement respiratoire* encore plus actif qne le mouvement 7.

9. Station verticale, écartée, appuyée, bras élevés : *Flexion de côté.*

La malade debout, les jambes écartées, s'appuie par la région sacrée contre une barre horizontale, bord d'une table, les mains étendues en haut, paumes en dedans. Le médecin en avant (ou en arrière de la malade) tient ses coudes du côté externe et fléchit la malade à droite ou à gauche avec sa résistance et résiste ensuite quand la malade revient à sa position primitive, 3-4 fois de chaque côté. Le mouvement sera moins actif si la malade l'accomplit toute seule.

Décongestionne faiblement le bassin.

10. Station verticale, écartée, appuyée : *Rotation du tronc.*

Même position de la malade que dans le mouvement 9. Le médecin derrière la malade sur un plan un peu élevé, applique un genou contre le dos de la malade et en la tenant par les mains tourne le corps à droite ou à gauche avec la résistance de la malade, laquelle retourne ensuite à sa position primitive tandis que le médecin oppose une résistance; 3-4 fois de chaque côté. *Décongestionne les organes de la cage thoracique et congestionne faiblement le bassin.*

11. Station assise, écartée, bras élevés, tronc tourné de coté : *rotation en avant.*

La malade est assise sur le bout d'une banquette, les genoux écartés, bras étendus en haut, le tronc en rotation à droite ou à gauche. Le médecin debout sur la banquette derrière la malade la tient par les poignets, un de ses genoux sert d'appui pour la malade. Le mouvement se produit dans l'axe vertical du corps, la malade revient en avant avec la résistance du mé-

decin et résiste quand ce dernier la ramène dans la rotation. Selon Brandt ce mouvement *décongestionne fortement le bassin* et est employé dans les hémorrhagies utérines.

12. Assise a cheval, tronc vertical ou penché en avant : *rotation à droite et à gauche.*

La malade assise à cheval sur un banc ou même une chaise, les mains sur les hanches. Le médecin en arrière les mains sur les épaules tourne le tronc de la malade d'un côté ou de l'autre, la malade résiste et retourne ensuite en avant avec la résistance du médecin ; ce mouvement *fortifie la paroi abdominale.*

13. Station a genoux écartés, et appuyée : *torsion passive du tronc.*

La malade est à genoux écartés, mains sur les hanches, la tête fortement en arrière. Le médecin en arrière, saisit la malade sous les aisselles, passe une jambe entre les jambes de la malade, suffisamment en avant pour pouvoir appuyer son genou dans la région lombaire de la malade. Il ramène la malade en avant le plus loin possible de la ligne verticale passant par ses genoux et dans cette position exécute des mouvements de torsion très rapides à droite ou à gauche, 8 ou 12 dans 6 secondes. Ensuite il l'attire en arrière dans l'équilibre et après une petite pose recommence le même mouvement ; ainsi à trois reprises. C'est un des mouvements *congestionnant le plus le bassin.*

14. Station a genoux écartés : *renversement du tronc en arrière.*

La malade à genoux, jambes écartées, mains sur les hanches se penche en arrière et revient lentement en avant. Elle répète ce mouvement plusieurs fois. *Action congestionnant le bassin.*

15. Station couchée en avant : *maintien du tronc.*

La malade est couchée sur une banquette un peu élevée, le bord de cette dernière lui arrive jusqu'à la partie supérieure de la cuisse, la partie supérieure du tronc suspendu en l'air ; il faut éviter de se coucher sur le ventre. Un aide ou une courroie maintient solidement les jambes. Le tronc recourbé en arrière par la force des muscles dorso-lombaires, se maintient dans cette position ; les mains sur les hanches.

Pour se mettre dans cette position la malade se met d'abord à genoux sur la banquette, le médecin après avoir bien fixé les jambes, se place en avant et en la prenant par les épaules la place dans la position que nous avons décrite. Pour relever la malade, le médecin la soulève jusqu'à ce que la malade soit de nouveau à genoux, il faut éviter de courber le dos, qui doit rester tout le temps en extension. Le mouvement est répété 2-3 fois.

On peut permettre à la malade de se pencher en avant (mouvement dans l'articulation coxo-fémorale) et de revenir à la première position.

Le mouvement exige une force assez grande et ne sera prescrit que pour une personne jeune et vigoureuse, il *active la circulation* et *stimule l'innervation* dans toute la partie postérieure du tronc et la face postérieure des cuisses ; *décongestionne fortement le bassin* et la tête et fortifie les attaches antérieures de l'utérus ; utile par conséquent dans les rétroversions.

16. Station assise, penchée en avant, cuisses fixées : *rotation à droite et à gauche.*

La malade, assise sur une chaise, légèrement penchée en avant, les genoux rapprochés, mains sur les hanches. Le mé-

decin assis en avant de la malade, fixe ses genoux avec les siens, il place une main sur l'épaule droite (si le mouvement se fait à gauche), l'autre sous l'aisselle du côté opposé, on change les mains de place pour faire le mouvement à gauche. La malade tourne alors son corps et le médecin lui résiste plus ou moins fort. De chaque côté 3-4 fois.

Ce mouvement se complète par les suivants : la malade toujours penchée en avant, le médecin met ses mains sur les épaules et oppose une résistance pendant que la malade se redresse; ensuite il la ramène dans la position penchée avec une légère résistance de la malade. Brandt exige que les genoux soient tout le temps rapprochés et que les pieds ne quittent pas le sol. Action sur l'innervation et circulation de la région lombaire, *décongestion du bassin.*

17. Station assise, écartée, penchée : — *torsion alternative du tronc.*

La malade assise sur une chaise, penchée en avant, les bras de côté fléchis de telle sorte que les avant-bras soient dirigés en haut, les épaules sur un même plan horizontal. Le médecin debout devant la malade, saisissant ses poignets lui oppose une légère résistance, pendant qu'elle exécute le mouvement de torsion du tronc à droite et à gauche, la colonne vertébrale étant prise comme axe de torsion : 3-4 fois de chaque côté. On finit le mouvement par le redressement du tronc avec la résistance.

Action sur toute la région dorsale, *avec décongestion considérable du bassin.*

18. Station assise a cheval : — *circumduction du tronc.*

La malade à cheval sur une chaise, mieux sur un banc un

peu élevé ; les jambes fixées par un aide ou des courroies, poitrine en avant, mains sur les hanches. Le médecin derrière la malade met ses mains sur les épaules et exécute le mouvement circulaire avec le tronc de la malade d'abord à droite, ensuite à gauche, sans produire la rotation du tronc sur son axe vertical. Ce mouvement contribue à *activer la circulation dans la veine-porte* et *excite la sécrétion intestinale.*

19. Station debout, écartée : — *circumduction du tronc.*

La malade se tient debout, jambes écartées et raides, mains sur les hanches, elle exécute elle-même le mouvement de circumduction du tronc d'abord d'un côté, ensuite de l'autre.

Mouvement *congestionnant légèrement le bassin.*

20. Station demi-couchée : — *rotation de la hanche.*

La malade demi-couchée dans un fauteuil, le médecin place de côté tient avec une main le pied par sa face plantaire l'autre main sur le genou, il fléchit la jambe sur la cuisse et la cuisse sur le bassin et tenant bien le pied, fait exécuter à la cuisse des mouvements de circumduction dans l'articulation coxo-fémorale et toujours de dedans en dehors, sans jamais dépasser la ligne médiane du corps en appuyant le genou chaque fois contre l'abdomen. La malade reste absolument passive. L'autre cuisse est fixée par un aide. 8-10 mouvements avec chaqu e jambe.

Congestionne activement le bassin en agissant principalement sur les muscles psoas-iliaque et tous les muscles de la cuisse.

21. Station renversée en arrière avec un appui élevé des mains : — *circumduction passive de la hanche.*

La malade debout, jambes un peu écartées, se renverse légèrement et saisit avec ses mains une barre horizontale (le dessus

d'une porte), placée au-dessus et en arrière d'elle et soulève un genou en haut, jambe fléchie. Le médecin et son aide se tenant de chaque côté de la malade, placent une main sur la région lombaire et l'autre sur le genou élevé, auquel ils font exécuter des mouvements circulaires de dedans en haut et en dehors, sans dépasser la ligne médiane ; huit ou dix mouvements avec chaque membre inférieur.

On complète ces mouvements par les exercices suivants : 1° dans la même position le médecin attire le genou en dehors avec la résistance de la malade, qui le ramène de nouveau vers la ligne médiane et le médecin oppose une résistance, ainsi trois ou quatre fois de chaque côté ; 2° la main du médecin placée sur la cuisse de la malade, il pousse la jambe en bas, jusqu'à ce que le pied touche la terre et la malade oppose une résistance ; ensuite elle soulève la cuisse et le médecin résiste légèrement. On répète de chaque côté deux ou trois fois. *Action congestionnante très prononcée.*

22. Station verticale, appuyée, genou élevé en avant : — *circumduction de la cuisse en dehors* (mouvement actif, propre).

La malade debout, appuyée avec les mains sur le dossier d'une chaise, lève un genou et exécute la rotation en haut et en dehors, portant le genou le plus haut possible. *Action congestionnant le bassin.*

23. Station demi-couchée : — *lancement du genou.*

La malade demi-couchée dans un fauteuil. Le médecin saisit la jambe comme dans le mouvement 20 et lance le genou en haut de manière à toucher le ventre ; on répète le mouvement six ou huit fois. *Congestionne le bassin, augmente les règles.*

24. Station demi-couchée : — *pression du genou en bas.*

La malade demi-couchée dans un fauteuil, une jambe fléchie, le genou porté aussi haut que possible. Le médecin tient le pied avec une main, l'autre appuie sur la cuisse jusqu'à ce que le membre inférieur soit en extension et tout à fait horizontal. La malade s'oppose légèrement à ce mouvement. Elle soulève ensuite son genou avec la résistance du médecin, trois ou quatre fois avec chaque jambe. *Augmente hémorrhagie utérine.*

25. Station verticale, un pied en appui élevé en arrière, bras élevés : — *flexion et extension du genou avec résistance sur les mains.*

Le médecin se place debout sur une chaise ; la malade debout devant lui par terre, lui tournant le dos. Un pied élevé en arrière jusqu'à la hauteur de la chaise, s'y appuie par la face dorsale, les mains étendues en haut saisissant les mains du médecin. La malade s'élève sur la pointe du pied resté par terre, ensuite se baisse lentement en fléchissant le genou, le médecin la soutient un peu en la tenant par les mains, si la malade est faible, ou même presse légèrement sur les mains. Ensuite la malade s'élève jusqu'à l'extension complète de la jambe et repose le talon par terre, trois ou quatre mouvements avec chaque jambe.

Mouvement *congestionnant beaucoup le bassin* et les membres inférieurs, indiqué dans l'aménorrhée et dysménorrhée.

26. Même mouvement exécuté par la malade seule, elle s'appuie en avant avec les mains sur le dossier d'une chaise. Un pied en arrière sur une autre chaise, elle fléchit ensuite la jambe, se baisse et se relève, *même action.*

27. Station demi-couchée dorsale : — *flexion des genoux avec résistance, extension passive avec vibration.*

La malade assise commodément, dos appuyé, une jambe en extension complète repose par la face postérieure de la cuisse sur le genou du médecin, assis à côté de la malade, une main sur le pied, l'autre sur la cuisse ; il plie la jambe avec la résistance de la malade, qui la ramène ensuite en extension avec la résistance du médecin. Ainsi trois ou quatre fois. Le médecin plaçant ensuite sa main droite sous le talon et retirant son genou, fait exécuter à la jambe un mouvement d'extension légèrement forcée, augmentée de la contre-pression de la main qui appuie sur la rotule. Dans cette position il imprime à toute la jambe des vibrations. Ensuite il passe à l'autre jambe. Le mouvement *active la circulation dans le bassin et les membres inférieurs.*

28. Station verticale, dos appuyé : *élévation de la jambe en avant.*

La malade se met debout sur une chaise, dos contre le mur. Le médecin en avant, saisit une jambe par le talon et l'attire en avant avec la résistance de la malade aussi haut que cela sera possible; ensuite la malade ramène la jambe à sa position primitive et le médecin oppose une résistance. 3 ou 4 mouvements avec chaque jambe. *Décongestionnant le bassin.*

29. Station écartée, penchée en avant, appuyée : — *abaissement de la jambe en avant.*

La malade, le corps en extension, penchée en avant, s'appuie avec les mains sur le bord d'un meuble assez bas, une chaise par exemple, elle lève une jambe en arrière. Le médecin placé à

côté s'appuie légèrement avec une main sur le talon de la malade et ramène la jambe en bas avec l'opposition de la malade. Elle relève ensuite de nouveau la jambe, sans intervention du médecin. 3 ou 4 fois de chaque côté.

Action sur tous les muscles postérieurs du corps, surtout sur les fessiers et muscles postérieurs de la cuisse. *Décongestion très prononcée du bassin.*

30. Station demi-couchée : *abduction et adduction des genoux avec le soulèvement du bassin.*

La malade couchée sur le dos, les jambes fléchies sur les cuisses, et les cuisses sur le bassin, les pieds reposent sur le lit. Le médecin sur une chaise à gauche de la malade, place les deux mains sur les genoux de cette dernière.

Mouvement *des adducteurs* : Le médecin éloigne les genoux avec la résistance de la malade ; et résiste ensuite, quand la malade les rapproche ainsi plusieurs fois.

Mouvement des *abducteurs* : La malade tient les genoux écartés et résiste pendant que le médecin les rapproche ; ensuite elle les ramène à la position écartée sous la résistance du médecin. A chaque mouvement de rapprochement et d'écartement des genoux, la malade soulève en même temps le bassin. En outre de l'action fortement *décongestionnante du bassin*, ces mouvements *exercent le plancher pelvien* et sont indiqués dans le prolapsus des organes génitaux.

31. Station verticale écartée ; *tapotement de la région lombaire et du sacrum.*

La malade se tient debout, les mains appuyées contre le mur ou un objet quelconque, légèrement penchée en avant, les

pieds écartés, pointes dirigées en dedans. Le médecin avec la main droite fléchie en poing frappe de chaque côté des vertèbres lombaires des petits coups secs se dirigeant en bas et en dehors jusqu'à la crête iliaque. Plusieurs coups de chaque côté (5 ou 6). On répète 3 ou 4 fois. La même chose se fait le long du sacrum de chaque côté.

Action excitante des nerfs du bassin. — Le tapotement de la région lombaire est usité dans le changement de position de l'utérus ; le tapotement du sacrum dans les mêmes cas et encore quand il faut *augmenter l'afflux du sang vers le bassin ;* excite les fonctions de la vessie, du rectum. Si le tapotement est pratiqué dans la position verticale, son action est plus forte et peut provoquer les hémorrhagies, selon Brandt. Dans la position très penchée de la malade il vivifie les nerfs du bassin et *contribue à la résorption des exsudats.* Il est donc nécessaire de se conformer à ces indications selon l'action qu'on voudra obtenir.

32. Station verticale, mains appuyées : — *tapotement (hachures) du dos.*

La malade debout, appuyée avec les mains sur le dossier d'une chaise ; le médecin en arrière de la malade frappe avec le bord cubital des mains (les doigts en extension complète et très écartés) de chaque côté des apophyses épineuses le long de la colonne vertébrale. *Excite le système nerveux ;* se donne ensemble avec le tapotement de la région lombaire et sacrée. Il faut éviter ce mouvement chez les malades qui souffrent de palpitation du cœur (Branting).

Nous avons omis les mouvements que Brandt emploie pour des affections communes aux deux sexes.

L'action physiologique est donnée toujours d'après les opi-

nions de Brandt et de la méthode suédoise de Ling. Nous convenons absolument que ces assertions manquent de preuves basées sur des expériences scientifiques. Des recherches bien dirigées sont ici nécessaires.

APPLICATION DE LA MÉTHODE DE BRANDT

I

MÉTRITES, HYPERTROPHIE ET SUBINVOLUTION ; TROUBLES MENSTRUELS, HÉMORRHAGIE

1. Les métrites peuvent être *idiopathiques* ou *symptomatiques*. Les métrites idiopathiques que Pozzi classe d'après les caractères cliniques dominants, sont : métrite *inflammatoire aiguë*, métrite *hémorrhagique*, métrite *catarrhale* et métrite *douloureuse chronique*.

Le traitement mécanique étant tout à fait contre-indiqué dans les métrites inflammatoires aiguës nous allons nous occuper seulement des trois derniers groupes. Elles présentent un processus anatomo-pathologique et une symptomatologie générale (*syndrome utérin*) et des symptômes propres à chaque groupe.

Les lésions du parenchyme sont caractérisées par l'hyperthrophie du tissu conjonctif, amenant une augmentation de volume, cette augmentation est remplacée dans les cas invétérés par une diminution du corps de l'organe. On admet deux périodes : période d'inflammation et période d'induration. La première correspond à une congestion passive ou active de l'organe aboutissant à une hyperthrophie de l'utérus. Si le processus inflammatoire est de longue durée, il est rare qu'on ne trouve pas en même temps des vestiges de périmétrite, des adhérences

dans le cul-de-sac de Douglas, donnant lieu à la déviation de l'organe, des traces de salpingite, de périsalpingite et de périmétrite et de périovarite. La muqueuse est toujours plus ou moins altérée, elle est inégale à sa surface, boursouflée, pulpeuse. Une congestion intense se voit dans toute l'épaisseur de la paroi utérine, dans les interstices des fibres musculaires, mais elle atteint son maximum au niveau de la face profonde de la muqueuse, où elle est extrêmement prononcée.

Le syndrome utérin, commun presque à toutes les affections des organes génitaux de la femme avec prédominance de tel ou tel symptôme se compose de *douleur*, de *leucorrhée*, de *dysménorrhée*, d'*aménorrhée* et des *métrorrhagies* et de symptômes réflexes (tenesme vesicale, dyspepsie, dilatation de l'estomac, toux utérine, etc.) Ajoutons encore les ulcérations et les érossions qui accompagnent souvent la métrite catarrhale, les hémorrhagies profuses dans les métrites de ménopause et post abortum.

L'hypertrophie et la congestion de l'utérus (premier stade de son inflammation) avec les symptômes qui les accompagnent sont passibles du traitement mécanique; l'utérus diminue de volume et revient à sa forme normale; la leucorrhée, l'hémorrhagie les ulcérations disparaissent longtemps avant ; et tous les symptômes du syndrome utérin s'amendent rapidement. Au bout de quelques séances les malades sont soulagées et se sentent bientôt si bien qu'il est quelquefois impossible de les persuader à continuer le traitement pour ramener l'utérus tout à fait à son état normal.

Le traitement que Brandt emploie dans ces cas est le suivant : après avoir ramené en avant et fixé sur l'index gauche introduit dans le vagin l'utérus on masse d'abord les vaisseaux lymphatiques de chaque côté du promontoire, ensuite de chaque côté

de l'utérus dans la direction centrifuge ; après cela on procède au massage de l'utérus lui-même très légèrement d'abord par des mouvements circulaires du fond vers l'isthme de l'utérus, augmentant de plus en plus la force et la durée du massage, surtout si l'utérus est volumineux et très dur. On n'emploie pas l'élévation, s'il y a des adhérences ou des exsudats, mais aussitôt que l'élévation devient possible, Brandt a constaté que la régression du processus morbide devient beaucoup plus rapide.

Ordinairement la durée du traitement est en rapport avec l'ancienneté du cas et la dureté du tissu utérin. Dans les cas le plus invétérés 5 à 8 mois sont nécessaires pour le traitement.

Les monvements décongestionnant le bassin et ceux qui augmentent la circulation périphérique du corps et dans les membres seront de très bons adjuvants du traitement. Brandt a l'habitude immédiatement après le massage de faire exécuter à la malade deux ou trois légers mouvements des abducteurs suivis de trois ou quatre mouvements plus forts des adducteurs (voir page 69).

Les ulcérations et les érosions du col de l'utérus, provoquées par son état inflammatoire ne sont nullement une contre indication ; l'index gauche les irrite quelquefois au début, occasionne aussi de petits écoulements du sang, qui d'ailleurs n'ont rien de grave et disparaissent bientôt avec l'amélioration de l'état de l'utérus.

Quelques observations puisées dans les auteurs les plus recommandables sur le massage, indiqueront mieux la marche et le résultat obtenu.

Observation I (Winaver).

Madame L. N..., 31 ans, malade depuis 9 mois; se plaint de douleurs dans le ventre, dans la région dorsale, entre les omoplates, de céphalalgie et de vertiges fréquents; affaiblissement général; incapacité de travailler. Réglée depuis l'âge de 14 ans ; règles un peu douloureuses. Mariée à 18 ans ; elle a eu son premier enfant à 29 ans; couche pénible, reste trois mois au lit avec fièvre et douleur violente à l'hypogastre. A l'examen on trouve *l'utérus augmenté de volume* mesurant 8 centimètres de profondeur, *le fond un peu fléchi en arrière*, mobile; dans la région paramétrique droite le reste d'un exsudat, présentant au toucher une *petite induration douloureuse*, de même du côté gauche aux environs de l'ovaire qui reste immobile ; leucorrhée très abondante ; les règles profuses, irrégulières et douloureuses.

La malade entre le 27 juin 1888 à l'hôpital et le même jour on commence à lui faire du massage. A la 7me séance on a constaté déjà la disparition de l'exsudat à droite et une diminution notable de celui à gauche. L'écoulement a aussi diminué. La malade se porte mieux. Encore 11 séances et les exsudats ont disparu, de même que la douleur ; l'utérus est en antéversion. Du 25-29 juillet la malade a ses règles, en quantité modérée et sans douleurs. A l'examen fait le 29 juillet on constate l'état absolument normal. La *malade* a subi en *tout* 20 *séances de massage* et le 31 juillet est partie après un examen du médecin de l'hôpital.

Observation II (Winaver).

Madame S. B..., 29 ans se plaint de douleurs dans le sacrum, dans le ventre, leucorrhée abondante. Réglée à 14 ans, 3 grossesses normales. L'utérus un peu gros, fléchi en arrière mobile:

cavité utérine mesure 7 centimètres, col douloureux à la pression. Parametrium libre. Ovaires sains : guérison complète après 18 séances.

Observation III (Winaver).

Madame P. D..., 29 ans douleurs lombaires et hypogastriques lipothymie et vomissements plusieurs fois par jour, céphalalgie, constipation, anorexie, affaiblissement, leucorrhée, règles pendant 2-3 jours, mais le sang continue à se montrer pendant 10-12 jours en petite quantité. Réglée à 13 ans ; mariée à 18 ans ; trois grossesses normales et trois fausses couches : la dernière il y a un an. On trouve l'utérus gros, un peu allongé, un peu dur ; cavité utèrine mesure 8 centimètres, utérus douloureux à la pression, en antéversion. Un peu d'induration autour de l'utérus. *Guérison après 9 séances de massage.*

Observation IV (Seiffart).

Madame A. K..., 22 ans; se plaint de douleur dans la région lombaire qui surviennent journellement et s'exaspèrent à chaque effort ; des tiraillements dans le ventre, surtout à droite. Des douleurs très fortes au début des règles qui cessent avec leur apparition. Réglée à 14 ans pendant 5-6 jours avec douleurs au début ; mariée depuis 2 ans et demi. Ni enfant, ni fausse couche. *L'utérus est un peu augmenté* de volume en antéflexion, *sensible à la pression, peu mobile à gauche et douloureux.* Le repli droit de Douglas est épaissi et douloureux. L'ovaire droit est gros et douloureux. L'orifice utérin présente des érosions.

On commence à faire le massage le 27 janvier 1887 ; le 9 février la malade n'a plus de douleurs et ne perd presque pas. On examine de nouveau la malade le 11 février : On constate que l'utérus est revenu à son volume normal et il n'est plus fléchi à

angle aigu, ni douloureux. Le col a une mobilité normale. L'ovaire droit a diminué et n'est plus très sensible. La malade n'accuse aucune douleur.

Observation V (Seiffart).

Madame M..., 32 ans. Des fortes douleurs dans le ventre, dans la région sacrée avec irradiation dans les cuisses. Migraine pendant les règles, anorexie, constipation. Leucorrhée abondante. Réglée à 15 ans, pendant 4-5 jours ; règles douloureuses. Mariée à 20 ans, 3 accouchements. A l'examen on trouve *l'utérus gros*, en anteflexion, sa cavité mesure 9 centimètres. *Les parametrium* et les replis de Douglas *sont épaissis et douloureux*. L'ovaire gauche est augmenté de volume et fixé dans la région de l'articulation sacro-iliaque.

On commence le massage le 27 janvier 1887 ; le 12 février les douleurs ont disparu. L'utérus est de volume normal, plus mobile et pas douloureux à la pression; sa cavité mesure 7 1/2 centimètres. Les parametrium, sont libres; les ovaires de volume normal. Plus de pertes blanches. État général bon.

Le Docteur Seiffart rapporte encore trois observations de métrite accompagnée de paramétrite guérie par le massage dans l'espace de 12 à 30 jours.

Observation VI. (*Personnelle recueillie dans le service de M. le docteur Routier*).

Madame K..., 42 ans. Réglée à 15 ans, 4 accouchements; le dernier en 1880; pas de fausse couche. Depuis 4 ans elle éprouve des douleurs dans la région lombaire, dans le bas-ventre, surtout à gauche ; les douleurs deviennent plus intenses pendant la marche. Constipation, besoin fréquent d'uriner. Leucorrhée abondante. Il ya 2 ans elle fut soignée par des injections chaudes, tampon glycerine, teinture d'iode; et son état s'était un peu améliorée,

mais depuis un an elle a commencé de nouveau à souffrir beaucoup, elle se fatigue très vite. la marche et la station debout lui sont pénibles. Elle est très nerveuse, crises de larmes plusieurs fois par jour, idées noires etc. L'utérus gros et en antéversion, le col est attiré à gauche et peu mobile très douloureux au toucher. Au spéculum le col présente des érosions et un liquide visqueux jaunâtre s'écoule de l'orifice utérin.

Cette malade fut traitée exclusivement par le massage que j'ai commencé le 4 octobre 1894. Après la troisième séance la malade dit qu'elle perd beaucoup moins, elle souffre moins du ventre, elle marche sans éprouver de la douleur; du 8-10 octobre règles normales Le 15 octobre lamalade n'éprouve plus de douleur ni dans le ventre, ni dans le sacrum, elle ne perd presque rien. L'appétit est bon, garde-robes normales. Elle se promène dans la journée, fait son ménage et n'éprouve pas de fatigue, ni douleur; le 20 octobre la malade fut examinée. L'utérus est moins gros, le col est toujours attiré à gauche, mais mobile, pas de traces d'érosion ; le col n'est plus douloureux au toucher. L'état général est bon. La malade déclare qu'elle croit être parfaitement guérie — depuis son amélioration elle n'a pas eu des crises de larmes. Elle continue à venir deux fois par semaine pendant quelques temps. Son état est toujours bon.

Observation VII. (*Personnelle recueillie dans le service de M. le docteur Routier*).

Madame Douat, 34 ans. Réglée à 13 ans ; deux accouchements ; le dernier il y a 7 ans, pas de fausse couche. Depuis 3 ans pesanteur et douleur dans le bas-ventre, surtout à gauche et dans la région lombaire. Les derniers mois les douleurs sont devenue très intenses et empêchent la malade de travailler. Leucorrhée. Réglée pendant deux trois jours ; elle ne souffre pas davantage pendant les époques. L'utérus est gros très douloureux, en anteversion. col un peu attiré à gauche. Annexe G. grosse.

Le 2 novembre première séance de massage, après sept ou huit séances la malade commence à aller mieux. Les jours suivants l'amélioration continue. La malade souffre à peine un quart d'heure dans la journée et ce sont de petits élancements. Elle peut faire son ouvrage (elle travaille dans une fabrique). État général bon, le 19-22 les règles se sont bien passées. Le 24 nous reprenons le traitement que nous ne continuons que deux fois par semaine la malade se trouvant bien et perdant peu.

Observation VIII (Reeves Jackson).

Madame N..., 35 ans, 4 enfants, 2 fausses-couches à 3 mois; commence à souffrir depuis la première fausse couche il y a 3 ans. La malade accuse de la douleur, de la pesanteur dans le bas-ventre: Leucorrhée. Menorrhagies qui se répètent à intervalles rapprochés. Ces symptômes se sont aggravés après une nouvelle fausse-couche. La malade est examinée 7 mois après. L'utérus volumineux, mou, en retroversion. Le traitement par injection chaudes, ergot de seigle, strychine ne donne aucun résultat; Alors tout traitement fut suspendu, on applique le massage ; après 30 séances, la consistance est devenue plus ferme et l'utérus a beaucoup diminué de volume.

Observation IX (Reev. Jackson).

Madame H..., 32 ans, réglée à 14 ans ; mariée depuis 6 ans. Ni accouchement, ni fausse couche. La malade éprouve des douleurs et de la pesanteur dans le bas-ventre. Leucorrhée, céphalalgie, constipation, faiblesse générale. L'utérus très gros ; on peut le sentir à 5 travers de doigt au-dessus du pubis, pouvait faire croire à une grossesse; ayant acquis la conviction que la grossesse

n'existait pas et après avoir essayé injections chaudes et ergot de seigle, on institue le traitement par le massage. Pendant un mois les séances sont journalières pendant 15 minutes. L'utérus diminue progressivement. Cependant encore au mois d'août l'utérus se trouvait à 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse. Douleur et pesanteur dans le bas-ventre ont disparu.

Observation X (Reev. Jackson)

Madame M..., 41 ans ; douleurs deux-trois jours avant l'établissement de l'écoulement. Un accouchement. Une fausse-couche il y a 3 ans; à partir de là, règles profuses, leucorrhée, faiblesse générale. L'utérus gros, mou, incliné à gauche, le col se trouve très bas et le fond au niveau du pubis. Massage trois fois par semaine pendant deux mois. L'utérus est revenu, à ses dimensions normales et toute trace d'inflammation a disparu. Règles normales.

Nous ne ferons que mentionner les bons résultats obtenus par le massage dans le traitement des métrites, de l'hypertrophie et de la subinvolution utérine par docteur Arndt et Otto Bunge à Berlin; Cercha, chef de clinique gynécologique à Cracowie, Semianikoff à la clinique de prof. Slawiansky à Pétersbourg et docteur Remisoff à la clinique du prof. Sneguireff à Moscou.

2. — Les troubles menstruels (dysménorrhée, aménorrhée, hémorrhagie). *a.* — *Dysménorrhée.* — Il y a dysménorrhée quand la menstruation devient très pénible et s'accomplit avec difficulté. On peut classer les douleurs en deux catégories suivant qu'elles se produisent pendant l'acte ovario-tubaires (maturation du follicule, ponte) ou pendant l'acte utérin (expulsion du sang menstruel).

La *dysménorrhée d'origine ovarienne* peut résulter d'un développement irrégulier des organes génitaux, suivant que les ovaires comme l'utérus sont restés au stade pubescent ou que l'utérus étant demeuré en arrière, les ovaires sont arrivés avant lui à l'état adulte. Il y a alors une irrégularité inévitable dans le jeu de la menstruation par la difficulté de l'ovulation ou par la disproportion qui existe entre l'intensité des phénomènes congestifs du côté de l'ovaire pendant la ponte et l'état précaire de la congestion concomitante du côté de l'utérus, de là, une exagération anormale de l'éréthisme ovarien et des douleurs de la dysménorrhée.

Les maladies des annexes en sont une autre cause fréquente. Non seulement les inflammations aiguës ou des altérations profondes, salpingites hydro-hemato et pyo-salpinx, mais les résidus des lésions anciennes, les adhérences, les fausses membranes comprimant les surfaces des annexes ou les luxant dans une fausse position, amenant la sclérose de l'ovaire et l'oblitération de la trompe sont des causes très fréquentes et souvent méconnues de douleurs intenses pendant les règles. La varicocèle tubo-ovarienne c'est-à-dire la dilatation variqueuse du plexus pampiforme et des veines des ligaments larges paraît y prendre une certaine part.

La dysménorrhée d'origine utérine est provoquée principalement par la gêne mécanique à l'expulsion du sang. Ainsi agissent la sténose du col avec ou sans hypertrophie, les déviations de l'utérus, et particulièrement les flexions, la métrite, les tumeurs divers, corps fibreux, polypes muqueux, cancer, une forme

spéciale qui s'accompagne de desquamation complète de la muqueuse — dysménorrhée membraneuse. (Pozzi).

Conformément à cette étiologie de la dysménorrhée, que nous avons exposé brièvement, nous pouvons poser les indications suivantes : le massage court et léger de l'utérus, suivi de mouvements congestionnants sera indiqué dans la dysménorrhée, causée par l'arrêt du développement de l'utérus. Brandt affirme que pareil massage pratiqué journellement pendant un certain temps excite la nutrition de l'utérus, qui augmente rapidement de consistance et de volume. Les mouvements congestionnant que Brandt à l'habitude de faire exécuter sont les suivants :

1° Station de marche, bras de côté, *ramener les bras en avant* (mouv. 2 p. 58.)

2° Station verticale, pied appuyé en arrière, *flexion et extension de la jambe* (mouv. 26 p. 67.)

3° Station renversée en arrière, avec mains appuyées, *circonduction passive de la hanche* (mouv. 25 p. 67.)

4° Station verticale, écartée, *tapotement de la région lombaire et du sacrum* (mouv. 31 p. 69.)

5° Station assise à cheval *circumduction du tronc* (mouv. 18 p. 64.)

6° Station assise, penchée en avant, *rotation du tronc à droite et à gauche* (mouv. 16 p. 63.)

7° Station à genoux écartés ; *torsion passive du tronc* (mouv. 13 p. 62.)

8° Station demi-couchée, *flexion du genou avec résistance* (mouv. 27 p. 68.)

9° Comme N. 4.

10° Station verticale, mains appuyées, *extension du thorax* (mouv. 8 p. 60.)

Dans la dysménorrhée par lésion des annexes, on arrivera à faire disparaître les exsudats, rompre des adhérences, les fausses membranes, dégager et libérer les ovaires et les trompes par le massage des annexes et par des mouvements decongestionnants (Voir les mouvements).

Dans la dysménorrhée d'origine utérine due aux déviations, aux flexions de l'utérus ou à des métrites, c'est encore la méthode mécanique qui nous permettra de replacer l'utérus à sa place normale, de redresser sa flexion et de combattre favorablement la métrite ; il est évident que le massage sera de faible secours dans la dysménorrhée, provoquée par des tumeurs, des corps fibreux, des polypes muqueux et le cancer ; — les lésions inflammatoires aiguës des trompes, le pyosalpinx sont une contre-indication absolue.

Le docteur J. Cheron en parlant de la dysménorrhée chez les jeunes filles, qu'il attribue : 1° à l'étroitesse de l'orifice externe du col, et 2° à la congestion chronique de l'utérus, qui en boursoufflant et en tuméfiant la muqueuse du canal cervical, applique les deux faces de cette muqueuse l'une contre l'autre et rétrécit encore davantage la filière par laquelle doit passer le sang menstruel, affirme que le massage de la région lombo-sacrée est le moyen le plus rapide et le plus efficace pour combattre la congestion utérine, et que la décongestion est beaucoup plus durable que celle qu'on obtient par l'hydrothérapie et par les bains stimulants. Il pratique le massage de la région lombo-sacrée, frictions, pressions, pétrissage, hachures, tapotements, etc., une fois par jour dans la période intermenstruelle.

Si le traitement est fait 15 jours avant les règles, celles-ci viennent sans douleurs et la malade est améliorée pour longtemps. Le docteur Cheron a observé ses malades pendant deux ans et n'a pas vu de récidive.

Le professeur Preuschen de Greifswald a expérimenté la méthode de Brandt dans neuf cas de dysménorrhée opiniâtre et rebelle à tout traitement et déclare hautement que cette méthode donne des résultats merveilleux et étonnants. Nous en citerons deux observations.

Observation XI (Professeur Preuschen).

Mademoiselle S... cholorotique, souffre beaucoup dans le bas ventre depuis qu'elle est réglée. A ces douleurs qui surviennent pendant les époques s'ajoutent encore une migraine et des vomissement et la malade est forcée de garder le lit pendant quelques jours. La malade est devenue très affaiblie. Après avoir essayé un traitement médical, on a eu recours à la dilatation du col sans parvenir à améliorer la malade.

C'est alors qu'on a appliqué le traitement de Brandt par des mouvements congestionnants ; ce traitement fut institué quelques jours avant le début des règles et fut continué pendant les époques souvent deux fois par jour. Bientôt tous les symptômes morbides ont disparu et la malade fut complètement guérie.

Observation XI.

Une autre malade qui avait des troubles dysménorrhéiques pendant 14 ans, n'éprouve plus aucune douleur, ni vomissement, ni migraines, depuis qu'on lui a appliqué le traitement de Brandt il y a deux ans et demi.

Observation XII (Virow).

Mademoiselle B...K. 19 ans, pas encore réglée. Depuis une année la malade éprouve tous les mois pendant cinq jours des douleurs dans la région lombaire, avec céphalalgie, fatigue et épistaxis qui durent trois jours. L'utérus est petit, antéflexion à angle aigu, et situé très haut. Le 4 avril on commence le traitement par massage et mouvements et le 30 avril les règles apparurent assez abondantes sans douleurs et sans malaise et durèrent 4 jours. Avant la seconde époque on appliqua le traitement pendant quinze jours. Règles normales.

Observation XIII (Virow).

Mademoiselle J... 19 ans, Réglée à 15 ans. A chaque époque la malade éprouve des coliques dans le ventre, des douleurs dans la région sacrée ; la sonde ordinaire ne pénètre pas dans l'orifice utérin, les annexes sont saines. On applique le traitement de Brandt huit jours avant les règles, qui apparaissent cette fois avec peu de douleurs ; après les époques on recommence le traitement et le 13 mai les règles apparaissent abondantes et sans douleurs. Le résultat parait durable. La malade continue le traitement elle-même pendant quelques jours avant les époques.

Observation XIV (Virow)

Madame H... 31 ans, réglée à 17 ans, mariée depuis cinq ans. Stérile. Depuis quatre ans les règles sont devenues douloureuses et peu abondantes. Utérus en antéflexion, annexes sensibles à la pression. Leucorrhée. Le trois Janvier on commence à lui faire du massage des annexes et elle exécute des mouvements. Du 14 au 17 Janvier règles sans douleurs ; quinze jours avant l'époque présumée des règles on recommence le traitement et au mois de février les règles apparaissent abondantes et sans douleurs. Les époques suivantes sont normales.

Observation XV (Virow).

Madame E. 21 ans. Réglée à 14 ans. Depuis l'âge de 16 ans des douleurs très intenses pendant les règles, qui sont peu abondantes et durent trois jours. Mariée depuis 3 ans. Stérile. Utérus en antéflexion, leucorrhée, ligaments post. sensibles. Massage de l'utérus et des annexes. Gymnastique le 14 mars. Du 20 au 25 mars les règles apparaissent avec douleur. On continue le traitement. Les règles suivantes, au mois d'avril, apparaissent sans douleurs — durée quatre jours. On recommande alors à la malade d'exécuter certains mouvements journellement quatorze jours avant les époques. Epoques suivantes normales.

Le docteur Virow cite encore trois observations de dysménorrhée traitée avec succès par la méthode de Brandt.

Observation XVI (Graham Douglas).

Depuis deux ans, madame B. souffre beaucoup aux approches des règles ; douleurs dans le bas ventre, dans la région sacrée, dans toute la colonne vertébrale, attaques hystéro-nerveuses. L'utérus présente des lésions de métrite chronique, col ouvert induré corps en réflexion. Contre les convulsions et la dysménorrhée les injections de morphine furent seules efficaces. L'application du massage a donné de bons résultas, en améliorant considérablement l'état général.

B. *Aménorrhée.* — Les conditions d'une menstruation régulière résident dans l'intégrité de l'appareil génital, dans la composition normale du sang et dans l'état normale du système nerveux. Les troubles d'un de ces facteurs pourraient amener des troubles de la menstruation ou même la supprimer d'une façon permanente ou transitoire.

La congestion utérine qui est la condition immédiate de l'écoulement sanguin peut être entravée par l'action inhibitoire sur le

grand sympathique et les vaso-moteurs. Les altérations des ovaires (kyste, sclérose, periovarite) agissent directement sur le point de départ du reflex et peuvent complètement l'abolir. L'influence du système nerveux sur la provocation de l'aménorrhée est indéniable (frayeur, dépression morale, troubles hystériques, aménorrhée émotive). Le refroidissement brusque, surtout des membres inférieurs, provoque aussi l'aménorrhée probablement par les voies des vaso-moteurs.

L'aménorrhée accompagne le plus souvent des maladies qui appauvrissent le sang et débilitent l'organisme, l'anémie, chlorose mal de Bright, alcoolisme etc.

Enfin citons comme cause l'atrophie de l'utérus, provoquée par une involution exagérée, consécutive à des grossesses répétées ou à une lactation prolongée.

Nous laissons de côté la malformation des organes génitaux passible du traitement chirurgical.

Le traitement mécanique aura peu de prise sur l'aménorrhée due aux troubles généraux. On cherchera à améliorer l'état général par des moyens thérapeutiques appropriés. Mais là, où il s'agit de faire disparaître la cause empêchant la congestion de se produire on pourra recourir au massage et aux mouvements congestionnants, s'il y a une maladie des annexes, aux mouvements congestionnants seuls dans les cas contraires.

Avant de commencer le traitement il faut être absolument sûr qu'on n'est pas en présence d'un commencement de grossesse.

Brandt a observé que les mouvements qui provoquent un afflux de sang vers les membres inférieurs (mouvement des pieds, des genoux et de l'articulation coxo-fémorale, extension des jambes et approchement des genoux exceptés) augmentent la tension sanguine dans les organes du bassin ; de même les mouvements, où entrent en fonction les muscles de la paroi abdominale.

Brandt classe les mouvements congestionnants en deux groupes selon leur action.

Le groupe dont l'action est moins forte se compose des mouvements suivants :

1° Station de marche ou assise écartée, bras de côté; *ramener les bras en avant.*

2° Tapotement des membres supérieurs et inférieurs et leur pétrissage.

3° Station demi-couchée, *abduction et adduction des genoux avec le soulèvement du bassin.*

4° Station demi-couchée dorsale, *flexion des genoux avec résistance, extension passive avec vibration.*

5° Station verticale écartée, *tapotement de la région lombaire et du sacrum.*

6° Station verticale, mains appuyées, *tapotement du dos.*

7° Station demi-couchée; *rotation de la hanche.*

8° Station assise à cheval, *circumduction du tronc.*

9° Station assise, penchée en avant, cuisses fixées; — *rotation à droite et à gauche.*

10° Station à genoux écartés et appuyée. *Torsion passive du tronc.*

11° Station assise écartée; *élévation passive du thorax.*

12° Station verticale, mains appuyées; *extension du thorax.*

Le groupe des mouvements plus actifs se compose de:

1° Station verticale, écartée, appuyée; *rotation du tronc.*

2° Station verticale, un pied en appui élevé en arrière, bras élevés; *flexion et extension des genoux avec résistance sur les mains.*

3° Station renversée en arrière avec un appui élevé des mains; *Circumduction passive de la hanche.*

4° Station verticale écartée ; *tapotement de la région lombaire et sacrée.*

5° Station verticale mains appuyées ; *tapotement du dos.*

6° Station assise à cheval *circumduction du corps.*

7° Station à genoux écartés et appuyée. *Torsion passive du tronc.*

8° Comme le n° 4.

9° Station demi-couchée; *lancement du genou.*

10° Station demi-couchée ; *pression du genou en bas.*

Oservation XVII (Graham Douglas).

Mademoiselle D..., réglée à 14 ans ; les règles retardent toujours un peu. Enfin depuis deux ans les règles font défaut. Toniques exercice et emménagogues restent sans effet. Quoique l'état général de la malade soit bon, néanmoins elle est devenue triste, abattue. On décide à la traiter par le massage et la gymnastique.

Le traitement consiste en massage général, tapotement du dos et mouvements avec résistance. Après la septième séance les règles apparurent et durèrent 3 jours. Le mois suivant le traitement est continué, mais les mouvements avec résistance ne sont exécutés qu'une semaine avant l'époque présumée des règles. Cette fois-ci il y a un retard de 5 jours, le mois suivant le traitement est suspendu une semaine avant la période présumée — Retard de 19 jours. De nouveau on reprend le traitement 15 jours avant l'époque présumée des règles, et celles-ci apparaissent sans retard et en quantité abondante.

C. Métrorrhagies. — Les métrorrhagies et les ménorrhagies peuvent être produites ou par des causes générales, qui agissent par l'altération du sang : maladies dyscrasiques, hémophilie, purpura, scorbut, ictère grave, empoisonnement par le phosphore, mal de Bright et toutes les cachexies, ou par des causes

locales: excitations réflexes, indépendamment de toutes lésions appréciables et par simples troubles nerveux, comme au moment de la puberté, de la ménopause et presque toutes les maladies de l'utérus et des annexes: la métrite, le corps fibreux, le cancer, les tumeurs des ovaires, les affections des trompes.

Ce n'est que dans le dernier groupe, cancer excepté, que le traitement mécanique peut être appliqué. Jusqu'à présent peu de médecins qui pratiquent couramment le massage gynécologique ont appliqué cette méthode au traitement des métrorrhagies, et en effet dans une métrorrhagie intense il nous paraît nuisible de perdre du temps à appliquer un traitement long, dont l'effet est encore problématique et l'on doit avoir recours aux moyens thérapeutiques usuels. Ce n'est que dans les ménorrhagies et dans les métrorrhagies chroniques que l'on pourrait s'adresser au traitement mécanique.

Nous avons déjà vu que les hémorrhagies qui accompagnent la métrite chronique cessent sous l'influence du massage et des mouvements (page 73.) Plus l'utérus est mou, gorgé de sang, plus le massage doit être léger, des simples attouchements même au début, au fur et à mesure que la consistance de l'utérus augmente, le massage devient plus fort. On masse de préférence le corps de l'utérus, les annexes, et le long des vaisseaux iliaques dans la direction de la circulation et l'on ajoute à cela des mouvements decongestionnants. Les exercices portant sur les muscles thoraciques ; les membres supérieurs, le dos et la partie postérieure de la cuisse sont ceux qu'il faut choisir, évitant au contraire toute contraction des muscles abdominaux. On peut ajouter de faibles élévations de l'utérus et des mouvements d'adduction et d'abduction. Brandt recommande de traiter au lit les malades qui sont trop faibles pour se lever,

les séances se font deux fois par jour et se composent des cinq mouvements :

1° *Rotation, flexion et extension des membres supérieurs.* Le médecin se place au chevet du lit, prend les mains de la malade et exécute des mouvements de circumduction des deux membres supérieurs à la fois s'arrêtant ensuite dans l'extension complète du membre, invite la malade à fléchir le bras de manière à ramener le coude en bas vers les flancs, en opposant une certaine résistance après quoi la malade fait l'extension et le médecin résiste de nouveau, — deux-trois fois.

2° Le médecin se place du côté du lit une jambe par terre, l'autre appuyée avec le genou sur le lit ; il saisit la malade par la nuque et un peu par les épaules et la soulève jusqu'à la position assise, la malade résiste, contractant les muscles du dos, ensuite la malade se recouche et le médecin résiste fortement ainsi trois-quatre fois. Il faut éviter la contraction des muscles abdominaux.

3° Léger massage de l'utérus avec des interruptions après son replacement en position normale, s'il y a lieu.

4° et 5° On répète d'abord le deuxième mouvement et on finit par le premier.

Quand la femme est assez forte pour se tenir debout et exécuter des mouvements, on lui fait faire des mouvements suivants :

1° Station assise écartée, penchée en avant, *flexion des bras* (mouv. 3, p. 58.)

2° *Rotation du tronc à droite et à gauche,* dans la position assise à cheval. (mouv. 12, p. 63.)

3° *Torsion alternative du tronc* (mouv. 17, p. 64.)

4° Station mi-couchée courbée, *massage de l'utérus et de ses annexes.*

5° Même position. Mouvement des adductions. (mouv. 30, p. 69).

6° Répéter n° 3 et n° 1.

Le traitement doit être continué et dans les intervalles des hémorrhagies, Brandt conseille toujours aux malades qui sont alitées pour des hémorrhagies de ne jamais se lever comme on ait d'habitude en contractant les muscles abdominaux, mais soit en se tournant sur le ventre glisser du lit, soit aidée par une personne à se lever comme dans le mouvement 2 que nous venons de décrire.

Si les hémorrhagies sont accompagnées de prolapsus ou de déviation utérine on replace l'utérus dans sa position normale et on procède ensuite comme dans une simple ménorrhagie.

Le traitement des hémorrhagies qui accompagnent les fibromyomes, les corps fibreux de l'utérus, est pratiqué de la même façon.

Le traitement décrit plus haut réussit dans 4 cas expérimentés par le professeur Preuschen chez des malades atteintes de fibrome, accompagnées d'hémorrhagies ; citons une de ces observations.

Observation XVIII. (Professeur Preuschen.)

Mademoiselle L..., a été envoyée en octobre 1888 pour subir une myotomie; la tumeur présentait la grosseur d'une tête d'adulte et elle avait des hémorrhagies si abondantes que le médecin ayant épuisé tout l'arsenal médical, se décida pour une opération. Avant de tenter l'opération nous avons fait à la malade des mouvements décongestionnants. Le résultat fut surprenant. Deux

ans et demi plus tard professeur Preuschen a présenté la malade à la société des médecins; elle était dans un état de santé florissant; au lieu de ménorrhagies qui duraient de 12-14 jours, les règles sont devenues physiologiques, et ne durent que 3-4 jours.

Mademoiselle L..., peut encore nous servir à démontrer, que la guérison ou plutôt l'amélioration était due au traitement mécanique. Après une année de traitement, les ménorrhagies s'étant arrêtées, la malade se croyait guérie et cessa le traitement. Elle fut désagréablement surprise par l'apparition d'une ménorrhagie, qui fut arrêtée par la reprise du traitement. La diminution de la tumeur ne fut constatée dans aucun cas.

II

PÉRI-MÉTRO-SALPINGITE

Inflammation péri-utérine, périmétrite, paramétrite, pelvi-péritonite, cellulite pelvienne, Hématocèle.

Les inflammations diffuses du petit bassin ont pour point de départ les affections de l'utérus, des trompes et des ovaires. Pozzi propose pour cette raison de réunir toutes ces lésions, sous le nom générique de *peri-metro-oophoro salpingite* (p. 673).

Les envahissements du petit bassin présentent des caractères cliniques très différents par leur marche et leur intensité, selon les conditions étiologiques, dans lesquelles ils s'opèrent. De là une série des types cliniques distincts quoique une même pathogénie réunisse toutes les espèces dans un genre commun. Ces types cliniques sont : 1° la *péri-métro-salpingite séreuse*, 2° *abcès pelviens*, 3° *le phlegmon du ligament large*, 4° *la cellulite pelvienne diffuse*.

Les phases aiguës nous intéressent peu au point de vue du traitement mécanique, qui est absolument contre-indiqué, mais

quand la malade a échappé aux accidents aigus, la maladie par résorption ou évacuation du foyer est arrivée à ce qu'on peut appeler sa guérison naturelle ; il n'en existe pas moins des troubles incessants de la santé par suite de lésion chronique de la trompe, des exsudats et des indurations, des adhérences anormales, des rétractions ligamentaires, des déplacements de l'utérus et des ovaires.

Dans ces cas le massage est tout à fait indiqué pour favoriser la résorption des produits plastiques (exsudats), pour rompre et distendre les adhérences, libérer l'utérus et les ovaires. Nous avons donc à étudier : le traitement des exsudats, des adhérences, de salpingite et oophorite chronique. Nous y ajouterons encore l'étude de l'hématocèle.

Dans le chapitre sur le massage nous avons donné la manière de procéder dans le traitement des exsudats. Le massage doit être quelquefois très fort, mais on doit toujours procéder avec une prudence excessive de peur de réveiller la maladie éteinte (observ. de Duhrssen). Les exsudats mous et non encore organisés cèdent quelquefois avec une rapidité surprenante ; durs et invétérés ils demandent un long et fatigant traitement. Rappelons que Brandt conseille de profiter toujours de l'époque des règles, pendant laquelle les exsudats se ramollissent un peu et deviennent plus accessibles au traitement (voir les observ. 19, 20, 21, 22, 23), (1). Dans le paragraphe des exsudats nous fai-

(1) Nous sommes obligées de reporter les observations à la fin de ce chapitre. Elles sont toujours tellement compliquées qu'il est difficile de les classer par groupes distincts. Elles se rapportent tous plus ou moins aux péri-métro salpingites avec prédominence de tel ou tel symptôme.

sons entrer les hématocèles qui tout en différant de ces derniers par leur étiologie et leurs symptômes s'en approchent par les résidus plastiques, les adhérences, les positions vicieuses dans lesquelles elles immobilisent l'utérus après leur résorption qui n'est jamais parfaite. Leur traitement sera le même que celui des exsudats ; il faut attendre seulement que les phénomènes aigus soient tout à fait éteints et il faut masser avec beaucoup de circonspection pour ne pas provoquer des poussées congestives si fréquentes dans les hématocèles (Voir l'observation XXV).

Adhérences. — Le traitement des adhérences exige beaucoup d'habileté, de précaution et de prévoyance. Après avoir bien déterminé le lieu, l'étendue, la consistance, on les masse un peu dans la direction centripète, ce qui permet encore mieux de poser son diagnostic. Une fois la détermination prise on place la femme dans la position la plus appropriée au cas donné et bimanuellement on étire les adhérences avec une force en rapport avec leur solidité. La traction est lente, mais continue ; on surveille attentivement le visage de la malade et au premier signe de souffrance, on s'arrête. On étend les attaches autant que cela est possible à ce moment, on maintient pendant quelques secondes les brides étendues, ensuite on les relache. Répéter cette manœuvre deux trois fois à chaque séance et finir par un massage tout autour des adhérences. On ne commence les mouvements d'élévation que lorsque toute inflammation a disparue et que les adhérences sont suffisamment distendues. Malgré toutes les précautions il est arrivé à Brandt de provoquer une inflammation, accompagnée de douleur et de tuméfaction. Il conseille alors d'inter-

rompre les tractions et pratiquer seulement le massage une ou deux fois par jour et dans les intervalles appliquer un sac de glace sur l'hypogastre. A part ces petits accidents qui n'ont jamais duré plus de deux trois jours, Brandt n'a jamais eu d'accidents graves.

Le traitement des adhérences devient plus facile pendant les règles et très souvent les brides les plus rebelles aux manipulations cèdent et laissent se distendre. Aussi Brandt conseille vivement d'en profiter. Toute interruption au contraire retarde l'amélioration.

La position de la femme et du médecin varie selon les cas. Tantôt la femme reste debout comme pour l'examen (voir p. 38) et l'on pratique la distension des adhérences par l'index introduit dans le rectum, soit dans le vagin, soit l'index dans le rectum et le pouce dans le vagin; tantôt la femme est dans la position mi-couchée, courbée ou même sur le ventre.

Les adhérences sont excessivement variées et il est difficile de décrire chaque cas en particulier. La durée du traitement varie d'un cas à l'autre; les adhérences molles et résorbables guérissent dans quelques séances; d'autres exigent quelques mois de traitement mais on réussit le plus souvent à ramener l'utérus dans sa position normale; pour le massage des trompes dans les salpingites chroniques et des ovaires, voir notre chapitre sur le massage (page. 42.)

Nous allons faire suivre ces considérations sur le traitement par une série d'observations empruntées aux auteurs les plus accrédités.

Observation XIX (Duhrssen)

Madame K..., 20 ans, à la suite d'une fausse couche a eu une

pelvi-péritonite; elle reste en traitement à la Charité. L'utérus est enclavé dans des exsudats considérables. Après 20 séances de massage il ne reste de cet énorme exsudat qu'un épaississement du ligament large droit.

Observation XX (Duhrssen).

Madame B..., 29 ans. Le neuvième jour après l'accouchement ressent des douleurs dans le bas-ventre avec frisson et fièvre. Au toucher on constate un exsudat paramétrique droit qui plus tard devient purulent, on l'ouvre au niveau du ligament de Poupart; trois semaines après que la fièvre a disparu on commence à lui faire du massage. Après quelques séances l'exsudat a considérablement diminué. Mais le 7 mars une exaspération de la paramétrite se produit; fièvre, douleur. On cesse le massage.

Observation XXI (Braun-Kreissel).

Madame Suzanne K..., vingt trois ans ; accouchée il y a trois mois, a eu une pelvi-péritonite. Actuellement se plaint de douleurs dans le sacrum, pesanteur dans le bas-ventre. Règles profuses, constipation. L'utérus est gros en rétroflexion, fixé, exsudat rétro-utérin. Après 12 séances l'exudat a disparu et l'utérus de volume normal se laisse amener en avant.

Observation XXII (Braun-Kreissel).

Madame P..., 32 ans ; 2 accouchements une fausse couche il y a un an et demi; quelque temps après elle est atteinte d'une pelvi-péritonite et reste au lit deux mois éprouvant des douleurs au moindre mouvement. On trouve un exsudat gros comme le poing dans le parametrium gauche. Corps utérin dévié à droite, col fixé à gauche. Leucorrhée, après 15 séances de massage l'exsudat a disparu complètement. Etat général bon.

Observation XXIII (Braun-Kreissl).

Elisa R.., 25 ans ; réglée à 14 ans ; un accouchement à 21 : quelque temps après survient une pelvi-péritonite. Depuis les règles surviennent tous les 15 jours et dure 7-8 jours. Douleurs dans le sacrum, dans le bas-ventre à droite. Leucorrhée; constipation. Le col de l'utérus est lacéré ; le corps est en rétroversion dans l'excavation sacrée, fixé à un exsudat gros comme une orange qui englobe l'ovaire gauche. Ovaire droit gros et sensible à la pression. Après 32 séances de massage les ovaires ont repris leur volume normal, ne sont plus douloureux ; l'écoulement a cessé, l'exsudat a disparu, l'utérus se laisse amener en avant. On applique un pessaire, qui fut enlevé 3 semaines après, l'utérus étant en bonne position.

Observation XXIV (Brandt-Profanter).

Madame H.., 45 ans ; 3 accouchements, une fausse couche ; depuis 2 ans la ménopause s'est établie. Depuis quelques mois des métrorrhagies périodiques surviennent, accompagnées de céphalalgie et de douleurs dans la région sacrée. On trouve le corps de l'utérus en antéflexion, le col est fixé, douloureux au toucher; en arrière de l'utérus on sent une tumeur bosselée, sensible à la pression, on complète cet examen par un examen sous chloroforme : la tumeur se trouve dans le ligament large droit ; les ovaires sont mobiles on fait le diagnostic d'hématome; un mois après son entrée à l'hôpital on commence à lui faire du massage le 24 décembre. Le 7 janvier la tumeur a complétemeut disparu et l'utérus est mobile.

Observation XXV (Rosenstirn).

Madame F...27 ans, deux accouchements; après une fausse couche de deux mois et demi un hématocèle retro-utérin survient. Le traitement habituel n'amène pas la diminution de la tumeur, 50 jours après le début et 30 jours après la disparition des phénomènes aigus le vagin est rempli par la tumeur vaguement fluc-

tuante, en même temps que la matité et la résistance de l'abdomen s'étendent aux fosses iliaques et remontent jusqu'à l'ombilic. On fait deux séances de massage par jour pendant 8 jours et pendant un mois une séance par jour; les règles apparaissent et l'on interrompt le traitement pour le reprendre aussitôt après. Bientôt la tumeur disparaît et la guérison est complète.

Le docteur Winawer publie également deux cas d'hématocèle, le 1er datant de trois mois et guéri complètement en 22 séances l'autre datant de 6 semaines disparaît après 7 séances ; les malades ont été traitées à l'hôpital et contrôlées par le chef du service.

Le docteur Cercha (de Cracowie) rapporte également trois cas d'hématocèle traités avec succès par le massage.

Observation XXVI (Brandt-Profanter)

Madame G.., 45 ans ; réglée à 14 ans ; règles douloureuses ; premier accouchement à 40 ans. Nephrite, à partir de là, la malade a ses règles toutes les trois semaines, elles sont très douloureuses. Céphalalgie, constipation, météorisme. L'utérus est fixé à droite par des adhérences. Le traitement est continué du 13 novembre au 4 décembre. La malade fut examinée de nouveau. L'utérus est complètement mobile, se laisse attirer facilement contre la symphyse, garde-robes normales. Etat général bon, la malade quitte l'hôpital.

Observation XXVII (Holzapfel).

Madame M..,27ans éprouve depuis 2 ans des douleurs dans le ventre. Besoin fréquent d'uriner. Le col est attiré par une bride paramétrique en avant et à gauche. Après 10 séances l'utérus est amené facilement à droite de la ligne médiane. Douleur et tenesme vésical disparaissent. On continue encore pendant quelque temps le massage.

Observation XXVIII (idem).

Madame F..., 19 ans, éprouve des douleurs pendant les règles dans le bas-ventre et le sacrum ; les règles avancent d'une semaine et sont très profuses. Le ventre est douloureux à la pression en bas et à droite. Le col est très haut et attiré à gauche, ainsi que l'utérus, paramétrium gauche raccourci ; ovaire droit gros. On lui fait 15 séances de massage. Elle n'éprouve plus aucune douleur ; l'utérus n'est pas tout à fait dans la ligne médiane.

Docteur Holzapfel rapporte encore trois cas de fixation guérie par le massage.

Observation XXIX (Brandt Profanter).

Madame J..., 20 ans ; réglée à 13 ans. Depuis quelque temps la menstruation est irrégulière. La malade a des crampes dans le ventre au début de règles. Mictions très fréquentes, constipation. L'utérus est peu mobile ; repli gauche de Douglas épaissi, raccourci et douloureux. Ovaire gros, douloureux à la pression. Traitement par le massage du 18 novembre au 4 décembre. La malade n'éprouve aucune douleur, plus de troubles urinaires, gardes-robes normales. L'utérus incliné un peu à gauche est facilement amené vers la ligne médiane et en avant jusqu'à la symphyse.

Observation XXX (Idem).

Anna B..., 26 ans. Réglée à 14 ans ; crises dysménorrhéiques pendant huit jours précédant les règles. Douleur à la miction. L'utérus est petit, le fond est à gauche et en haut ; le col est fixé en bas et à droite ; les ligaments larges épaissis, surtout le gauche. Sous chloroforme on trouve des adhérences des ligament larges. Le 22 novembre on applique le massage, le 26 novembre le col peut être amené vers la ligne médiane, le fond est mobile, le 1er décembre on sent l'ovaire à travers de nombreuses brides ;

du 23-28 décembre règles sans douleur, le 24 janvier on cesse le traitement. L'utérus est complétement mobile ; les infiltrations des ligaments larges n'existent plus ; les ovaires sont accessibles au toucher. État général bon ; ni douleur, ni constipation, pas de troubles urinaires.

Observation XXXI (Brandt-Profanter).

Madame V..., 29 ans; réglée à 13 ans, pas d'accouchement. L'utérus en anteflexion, col un peu douloureux et fixé; à gauche de l'articulation sacro-iliaque se trouve une petite tumeur sphérique, élastique, légèrement sensible; la trompe gauche est indurée et non douloureuse; dans le cul de sac de Douglas à droite une tumeur peu douloureuse, probablement l'ovaire droit, on complète l'examen sous chloroforme : l'ovaire gauche est gros et fixé par les adhérences; ovaire droit moins gros et fixé. La malade vient consulter pour la stérilité. Dans quelques séances les ovaires sont libérés de leurs adhérences, utérus mobile.

Observation XXXII (Brandt-Profanter).

Madame S..., 31 ans, réglée à 15 ans, menstruation assez irrégulière pendant 2 ans, trois accouchements; depuis le dernier accouchement il y a 2 ans, la malade a des fortes douleurs dans le ventre et dans le sacrum, céphalalgie, constipation. L'utérus en antéflexion, col tuméfié se trouve à droite, repli droit de Douglas raccourci et douloureux ; le cul de sac de Douglas est douloureux au toucher; l'ovaire gauche de volume normal est sensible, mobile, ovaire droit un peu plus petit; deux petits polypes sortent entre les lèvres du col, qui présente quelques érosions, le 17 octobre ablation des polypes et curettage du col. Les règles qui apparaissent le 6 novembre sont très douloureuses. Les ovaires sont douloureux et augmentés de volume. On commence à faire

du massage le 18 novembre; le 22 décembre la malade quitte l'hôpital, utérus en antéflexion, position médiane, mobile; l'ovaire gauche un peu gros, non douloureux, de même l'ovaire droit. La malade n'a plus de douleur.

Observation XXXIII (Brandt-Profanter).

Madame R..., 24 ans, réglée à 11 ans. Depuis l'âge de 18 ans menstruation irrégulière et douloureuse, durée des règles 5-14 jours. La malade se plaint de douleurs dans le bas-ventre et le sacrum. Utérus en anteflexion attiré un peu à gauche; l'ovaire gauche très douloureux ; trompe et ovaire droit douloureux ; les deux ovaires sont augmentés de volume. On commence à faire le massage le 18 novembre au 14 décembre. Les deux ovaires de volume normal ne sont plus douloureux. La malade n'accuse plus aucune douleur ; les règles qui apparurent le 6 décembre durèrent cinq jours, moins abondantes que d'ordinaire et sans douleur.

Observation XXXIV (Duhrssen).

Madame X..., 32 ans, nullipare, mariée depuis 12 ans, fut traitée pour stérilité. Règles ne durent que deux jours accompagnées de vomissements, céphalalgie, douleur dans le bas-ventre et dans le sacrum. Utérus dur, immobile, replis de Douglas épaissi; de chaque côté de l'utérus on sent une tumeur douloureuse formée par la trompe et l'ovaire adhérent. Après 17 séances de massage on arrive à détruire les adhérences; les ovaires sont devenus mobiles et non douloureux; la malade quitte l'hôpital complètement guérie.

Observation XXXV (Duhrssen).

Madame S..., 25 ans ; douleur continuelle dans le bas ventre surtout à gauche. Règles toutes les 4 semaines pendant 5 jours. L'utérus est en antéflexion prononcée ; col fixé en arrière. Ovaires

adhérents. Après la troisième séance les douleurs ont cessé; après la quatrième séance, les ovaires sont mobiles. Pendant ses règles qui ne durèrent cette fois que 3 jours on continue le massage. Après la quinzième séance guérison complète.

Observation XXXVI (Duhrssen).

Madame X..,30 ans,multipare,plusieurs fausses couches, curetée 2 fois. La malade a des douleurs intenses dans le bas ventre. Défécation douloureuse. A l'examen on trouve l'ovaire droit adhérent au pli de Douglas, lequel est raccourci. Après 30 séances de massage l'ovaire est complètement mobile, le repli de Douglas a sa longueur normale; l'utérus mou auparavant a pris une consistance ferme. La malade se trouve très bien. Actuellement la malade est au sixième mois de sa grossesse.

Observation XXXVII (Duhrssen).

Madame K..., nullipare, 30 ans. Douleur et pesanteur dans le bas-ventre surtout à gauche,douleur dans le sacrum; règles toutes les cinq ou six semaines. Leucorrhée. Utérus en anteflexion prononcée, gros; à gauche et en arrière de l'utérus une tuméfaction douloureuse, formée par la trompe et l'ovaire. Injections chaudes, électrolyse ne donnent aucun résultat. Du 26 décembre au 15 janvier on lui fait du massage; les douleurs ont disparu; l'ovaire est libéré de toutes adhérences; il n'est plus douloureux.

Observation XXXVIII (Braun-Kreissel).

Madame B..., 28 ans, nullipare, souffre depuis 8 ans d'une oophorite récidivant. La malade est très affaiblie. Règles dysménorrheïques, vomissements, douleur. Leucorrhée. Utérus en anteflexion; les deux ovaires doublés de volume, très douloureux. Après 8 séances les règles surviennent sans douleur; après 6 semaines les ovaires ont repris leur volume normal et ne sont plus douloureux; l'écoulement a disparu. Nous avons revu la malade un an après, elle continue à se bien porter.

III

DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS

L'utérus est solidement fixé en arrière par les ligaments utéro-sacrés, qui attachent au niveau du col leurs faisceaux inextensibles et résistants. Les connexions avec la vessie en avant, avec les ligaments larges et les ligaments ronds sur les côtés, servent bien moins à le soutenir qu'à l'orienter, si l'on peut dire ainsi et à le maintenir dans la position d'antecourbure, qu'il conserve comme un vestige de sa situation fœtale. La tonicité du plancher pelvien, dont l'occlusion normale du vagin fait disparaitre le seul point faible, empêche la pression intra-abdominale de s'exercer dans le sens de la pesanteur : elle s'équilibre sur toute la surface et l'utérus flotte comme suspendu au milieu des organes du petit bassin qui lui forment de tous côtés des coussinets élastiques. La réplétion de la vessie porte la matrice en haut et en arrière, la réplétion de l'ampoule rectale pousse l'utérus directement en avant et en haut.

En somme il existe pour l'utérus un seul point à peu près fixe : C'est l'attache des ligaments post. ; comme elle se fait au niveau du point où l'organe est le plus mince, on voit qu'il représente à peu près au point de vue statique une pyramide posée sur la pointe.

On divise les déplacements suivant le plan vertical en version et flexion, selon que l'organe est devié en totalité ou que le corps seul est dévié et par suite fléchi sur le col. Il y a une anté et une retroversion, une anté et une retroflexion, une latéro-version et une latéro-flexion. Quand l'utérus est déplacé en masse en avant ou en arrière on dit qu'il est en anté et en retroposition.

On sait maintenant que la déviation de l'utérus ne constitue pas à elle seule une maladie, mais seulement un facteur ou pour mieux dire un coefficient d'un état morbide complexe dans lequel le déplacement n'entre que pour une part variable. On observe fréquemment des déplacements marqués chez des femmes qui ne présentent aucun symptôme maladif, mais si la déviation n'est pas une maladie par elle même, elle crée pour l'organe déplacé une vulnérabilité particulière, résultant des troubles circulatoires par augmentation de la tension veineuse et par les altérations nutritives qui peuvent en être la conséquence ; elle favorise et entretient l'inflammation dans la cavité et à la surface de l'utérus. De plus le prolapsus des annexes, qui souvent participent à l'inflammation de l'utérus, peut être la source de troubles nerveux réflexes, dont l'influence n'est pas négligeable, surtout dans la déviation en arrière. Enfin les adhérences dues parfois à la perisalpingite consécutive en fixant la matrice dans sa position vicieuse rendent plus pénibles les phénoménes qui en sont la conséquence. Il résulte de ce qui précède que la notion de la déviation utérine simple autrefois et réduite au seul point de vue anatomo-pathologique, renferme pour nous actuellement sous une même dénomination clinique, des éléments complexes, dont le traitement doit tenir compte autant et parfois plus que des changements dans l'axe de l'organe à savoir : la métrite, les prolapsus des organes sains et enflammés, la périsalpingite et dans une large mesure, surtout au début l'excessive mobilité, due à la laxite ligamentaire.

Anterversion. — La courbure normale de l'utérus coïncide assez sensiblement avec l'axe curviligne de la filière pelvienne. Dans l'anteversion cette courbure est redressée et l'organe tombe en avant, se couche derrière le pubis, sur la vessie ;

le col se porte directement en arrière. L'utérus est ordinairement augmenté de volume par un certain degré de métrite, il existe souvent un exsudat périmétrique vers l'un des pôles de l'organe soit en avant au niveau du fond soit en arrière au niveau du col, qui fixe l'utérus dans sa mauvaise position.

La grande cause des ante versions réside dans le changement de structure de l'utérus après l'accouchement ou l'avortement et dans une involution vicieuse; l'organe prend cette attitude quand il est encore malléable et la conserve par ce que la tonicité normale n'est pas revenue. Les adhérences péritonéales viennent enfin l'y fixer.

C'est la métrite qui cause et entretient l'anteversion, c'est à elle que doivent s'adresser les premiers soins.

L'*antéflexion* est l'exagération de l'état normal d'antécourbure.

Il existe deux sortes d'antéflexion; congénitale et acquise.

L'antéflexion congénitale est due à un arrêt de développement et peut coïncider avec un état infantile du col, comme aussi avec l'hypoplasie de tous les organes.

L'antéflexion acquise peut se produire au moment de la puberté ; toutes les causes de la métrite virginale peuvent ici entrer en ligne de compte pour produire l'inflammation et la déviation de l'utérus; on comprend bien qu'un ramollissement de l'organe lui permette de plier au niveau de l'isthme, comme sur une charnière et de s'infléchir, ou l'inclinait déjà son antécourbure infantile.

La métrite d'origine puerpérale doit être comptée parmi les causes d'antéflexion acquise. On peut l'attribuer vraisemblablement à l'absence d'involution suffisante de la paroi post. de l'utérus après accouchement ou avortement.

Schultze a donné une grande importance à la paramétrite

post. siégeant au niveau des ligaments utero-sacrés et amenant leur rétraction. Pozzi croit que l'antéflexion est due à une périsalpingite. Les adhérences qui en résultent et qui fixent le col fortement en arrière font basculer le corps en avant et en amènent la flexion au niveau de l'isthme affaibli par la métrite concomitante.

L'antéflexion d'origine congénitale amène l'aménorrhée ou un retard dans l'apparition des règles, quand elle coïncide avec l'infantilisme des organes génitaux ; d'autres fois elle produit la dysménorrhée, le syndrom utérin, la dysurie et les réflexes nerveux.

Rétroversion. — Toutes les fois que la vessie s'emplit, la matrice se place en retroversion physiologique temporaire. La tonicité des ligaments larges, des ligaments ronds et des ligaments utéro-sacrés, qu'il ne faut pas l'oublier, contiennent une grande quantité de tissu musc. lisse, ramène ordinairement l'organe dans sa position normale. Mais son poids est-il augmenté par une inflammation et surtout par un retard d'involution post-puerpérale, les ligaments ont-ils eux-mêmes subi un relâchement, tandis que la matrice est rendue turgescente par la métrite, il peut se faire que la retroversiou devient permanente sous l'influence du décubitus horizontal prolongé. Des adhérences viennent fixer l'organe dans sa position nouvelle.

Cette pelvi-péritonite post, prenant son origine au niveau du pavillon des trompes enflammées est même peut être le fait primordial. Un effort brusque ou une chute est d'autres fois la cause déterminante de la déviation.

La rétroflexion succède rarement à une métrite virginale. Dans l'immense majorité des cas la rétroflexion succède à une métrite d'origine puerpérale. Il faut aussi attribuer une in-

fluence considérable au poids de l'organe enflammé, aux relâchements des ligaments larges et des ligaments ronds qui cessent d'orienter le corps en avant; tandis que le col reste fixé par les ligaments utéro-sacrés plus résistants, la flaccidité des ces ligaments permet au corps de l'utérus de se couder en arrière au niveau de l'isthme en obéissant aux lois de la pesanteur et à la pression du paquet intestinal.

On a souvent l'occasion de constater les adhérences péri et paramétriques siégeant sous la séreuse, au niveau des ligaments utéro-sacrés. Schultze a fait jouer un grand rôle au relâchement et à la perte de tonicité de ces ligaments sous l'influence de la paramétrite post puerpérale dans tous les déplacements utérins. Les ovaires et les trompes sont souvent entraînés par la déviation utérine sur les côtés du cul de sac de Douglas.

Il est probable qu'une partie au moins des phénomènes nerveux réflexes, souvent graves, pouvant aller jusqu'à la paraplégie, qui ont été notés dans certaines retroflexions est due aux tiraillements des annexes et non à la compression problématique des nerfs du plexus sacré. (Pozzi).

De cet étiologie des déviations utérines, nous relevons les facteurs suivants : d'abord le *relâchement*, l'affaiblissement des ligaments, qui maintiennent l'utérus à la place normale. La grande importance de la *tonicité du plancher pelvien ;* les métrites, les périsalpingites, et les paramétrites.

Fortifier les attaches, le plancher pelvien, faire disparaitre les maladies de l'utérus et des annexes qui ont provoqué et fixé l'organe dans la position nerveuse ; replacer le tout à sa place normale, tel doit être le but de la thérapeutique.

La méthode de Brandt répond parfaitement, selon nous à toutes ces indications.

Nous avons vu déjà comment on traite par le massage et les mouvements congestionnants la métrite, la périsalpingite, la paramétrite, comment on fait disparaître les exsudats et l'on rompt ou distend les adhérences, en un mot comment on combat les causes productrices de déviation utérine et l'on rend à l'utérus sa mobilité normale.

Une fois que l'utérus est mobile, il s'agit de fortifier les ligaments et de tonifier le plancher pelvien. Le massage des ligaments, l'élévation de l'utérus et les mouvements des adducteurs et abducteurs avec la contraction du releveur de l'anus achèveront la guérison des déviations utérines. La chose n'est pas toujours facile, le travail est quelquefois long et demande une patience énorme de la part du médecin et des malades. Brandt rejette absolument le secours des adjuvants mécaniques : il replace l'utérus mobile, masse les ligaments et laisse partir la malade, quitte à recommencer et à recommencer de nouveau la reposition, jusqu'au jour ou l'utérus reste enfin définitivement à sa place normale. Le traitement des déviations par la méthode de Brandt a donné de bons résultats à tous ceux qui ont bien voulu l'expérimenter: nous en citerons quelques observations qu'ils ont rapportées.

Oservation XXXIX (Braun-Kréisel).

Madame L.., 28 ans ; cinq accouchements ; règles profuses ; leucorrhée. Douleur dans le sacrum. Utérus en anteversion, mou et gros. Replis de Douglas douloureux. Massage, après cinq séances l'utérus a repris sa consistance et sa position normale. La malade ne souffre plus ; règles normales ; on a revu la malade 6 mois après, elle se porte bien.

Observation XL (Brandt-Profanter).

Madame H...,32 ans; réglée à 18 ans; cinq accouchements à partir de la deuxième grossesse, elle souffrait beaucoup dans le bas-ventre;

elle avait des ménorrhagies tous les 15 jours. A cet époque, on diagnostiqua une antéflexion avec fixations (c'était en 1878). La malade fut traitée à l'hôpital en 1884 et en 1885 présentant les mêmes symptômes. Enfin en 1886 son état empira : Elle souffre de douleurs continuelles dans le bas-ventre et dans le sacrum ; les règles profuses durent pendant cinq six jours ; à cette période les douleurs deviennent encore plus intenses. Constipation, troubles urinaires, nevralgies multiples. La malade est examinée sous chloroforme ; on trouve en arrière de l'utérus et très haut des adhérences de paramétrite post, chronique. L'utérus est en antéflexion il est très douloureux ; ovaire gauche gros et douloureux. Le 17 décembre on commence le traitement par le massage et l'extension des adhérences. Le 24 décembre l'utérus est mobile et moins douloureux le; 1er janvier apparition des règles sans douleur.

Le 31 janvier. L'état général de la malade s'est tout à fait amélioré. Pas de douleurs, ni constipation, ni troubles urinaires.

L'utérus n'est plus fixé en arrière et en haut ; il est parfaitement mobile ; les adhérences post. n'existent plus; les replis de Douglas ne sont plus douloureux ; l'ovaire gauche est moins gros et moins sensible.

Observation XLI (Duhrssen).

Madame N..., 35 ans, multipare. La malade se plaint de douleurs dans le bas-ventre et surtout à droite, de faiblesse. Règles profuses ; leucorrhée. Utérus gros, dur, en antéflexion ; ovaire droit gros comme un œuf de poule ; ovaire gauche moins gros ; les ovaires sont enclavés dans des adhérences. On applique le massage et l'extension des adhérences. L'état général s'améliore. La malade n'accuse plus de douleurs. Les ovaires deviennent plus mobiles, moins gros, et moins douloureux

Observation. XLII (Fellner).

Madame A. W..., 39; 5 accouchements et une fausse couche, il y a 7 semaines. La malade se plaint de douleurs dans la région

lombaire et dans le bas ventre. L'utérus est gros, dur, peu mobile en anteversion-flexion et en dextroversion; les ligaments utéro-sacrés sont gros et douloureux. Après un traitement par le massage pendant un mois, la malade n'éprouve plus de douleur; l'utérus est moins dur et mobile.

Observation. XLIII (Profanter Brandt).

Madame B..., 26 ans. Réglée à 16 ans; règles pendant 4-5 jours accompagnées de douleurs. Ni accouchement, ni fausse couche La malade a des troubles gastriques, vomissements, éructations, constipation, vertiges, mictions douloureuses; douleurs dans le bas ventre et dans la région lombaire. L'utérus est en retroflexion, mobile. Les ovaires sont mobiles; épaississement des replis de Douglas. L'utérus se laisse facilement amener en avant et retombe de suite en arrière. On applique à la malade un pessaire, qu'elle ne peut supporter. Le 18 novembre on enlève le pessaire et on applique le traitement mécanique ; le 3 décembre l'utérus est en anteflexion le 6 décembre les règles apparaissent et l'utérus retombe en arrière. Le 9 décembre l'utérus revient en avant de lui-même les jours suivants l'utérus reste tantôt en retroflexion, tantôt en anteflexion, finalement le 22 décembre on cesse le traitement : l'utérus est en retroflexion, mais tous les symptômes morbides subjectifs ont disparu et la malade se porte parfaitement bien.

Observation XLIV (Profanter Brandt).

Madame Emile H..,31 ans, réglée à 14 ans; trois accouchements : il y a quatre ans la malade a commencé à avoir des douleurs dans le bas-ventre, surtout pendant la marche ; elle était très constipée et était affaiblie par une leucorrhée abondante ; à cette époque on diagnostiqua retroflexion et endométrite. On lui donne un pessaire ; à 1882, opération d'Emmet, au mois de janvier 1885,

14 jours après un accouchement elle entre à l'hôpital avec une paramétrite et oophorite droite ; à sa sortie de l'hôpital on lui remet de nouveau un pessaire ; les derniers mois la malade souffrant beaucoup et ayant des métrorrhagies entre à l'hôpital au mois d'octobre 1886. L'utérus en retroflexion, très mobile, et facilement amené dans sa position normale, les ligaments utéro-sacrés sont épaissis et douloureux. L'ovaire gauche est gros, adhérent et douloureux.

Le 22 novembre on commence le traitement de Brandt.

1er Décembre. La malade souffre moins ; garbe-robes normales tous les jours le 16, 17, 18 décembre l'utérus reste en antéflexion ; les règles apparaissent sans douleurs. Le 31 décembre la malade cesse le traitement ; elle n'éprouve plus de douleurs ; son etat général est bon ; l'utérus est en retroflexion. Les ovaires de volume normal sont mobiles, le gauche un peu moins.

Observation XLV (Profanter-Brandt).

Charlotte K..., 26 ans ; reglée à 15 ans ; un accouchement. Entre à l'hôpital pour la première fois en 1885, subit une périnèorraphie ; à cette époque l'utérus était en retroflexion. Le 12 novembre 1886 la malade revient ; elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre, dans le sacrum, surtout pendant la marche. Cephalalgie, leucorrhée. La malade est examinée sous chloroforme.

L'utérus est en retroflexion. Les ovaires de volume normal ; l'ovaire gauche est adhérent. On commence le traitement par massage le 26 novembre-au 20 Janvier.

Les phénomènes inflammatoires ont complétement disparu. L'ovaire gauche est mobile. La malade n'éprouve plus aucune douleur la marche ne la fatigue plus, quoique l'utérus reste toujours en retroflexion ; on lui donne un pessaire. L'utérus se maintient en position normale dans le pessaire.

Observation XLVI (Brandt Profanter).

Madame M... 36 ans. Réglée à 16 ans, 7 accouchements ; après ce dernier accouchement la malade a eu des métrorrhagies fréquentes. Le 26 octobre la malade vient à l'hôpital. Elle se plaint de douleurs et de pesanteur dans le bas ventre. Constipation, defécation douloureuse. Leucorrhée. L'utérus est en retroflexion, col douloureux ; les ovaires nn peu gros. On commence le traitement le 1er décembre jnsqu'au 5 janvier. La malade ne souffre presque pas ; garde-robes tous le jours ; les règles se sont passées sans douleur ; la malade ne revient plus.

Observation XLVII (Müller).

Madame B..., 19 ans. Douleurs dans le bas-ventre, céphalalgie. Troubles menstruels. L'utérus est en rétroflexion, fixé en arrière et à gauche ; le redressement de l'utérus est possible dans un degré minime et provoque de fortes douleurs. L'ovaire gauche est gros. Leucorrhée ; cavité utérine mesure 7 1/2 centim.

La malade fut traitée pendant 2 mois; on a obtenu la disparition de toutes les adhérences ; l'utérus est mobile, moins gros, on l'amène facilement en anteversion, mais il ne reste pas longtemps dans cette position. Nous interrompons le traitement, la malade étant obligée de partir ; après un mois la malade revient et cette fois ci nous arrivons à amener l'utérus en antéflexion durable. Son état général est bon. Neuf mois après nous avions l'occasion de voir la malade ; l'utérus est toujours en antéflexion.

Observation XLVIII (Duhrssen).

Madame N..., 36 ans ; se plaint de douleurs dans le bas-ventre et dans le sacrum ; on diagnostique rétroversion avec adhérences et perioophorite, etc. On enlève l'annexe droite. La malade continue à souffrir, on enlève l'annexe gauche. Finalement la malade revient la troisième fois ; les douleurs dans le bas-ventre et le

sacrum sont si intenses qu'elles empêchent tout travail. Règles profuses toutes les deux-trois semaines. L'utérus est en rétroflexion, totalement adhérent, à gauche et à droite de l'utérus des nodosités très sensibles. La malade est traitée par le massage pendant deux mois. Les douleurs sont disparues ; l'utérus peut être amené en anteversion, qui n'est pas durable. On applique un pessaire.

Observation XLIX (Duhrssen).

Madame N..., 37 ans. Nullipare. Douleurs dans le sacrum. Utérus en retroflexion fixé, dévié à droite ; dans le cul-de sac de Douglas un exsudat gros comme un œuf de poule. Après huit séances de massage de l'exsudat il ne reste que quelques brides ; l'utérus se laisse amener en avant. Après 13 séances guérison complète.

Oservation L (Duhrssen)

Madame N..., 44 ans. Il y a 2 ans pelvi-péritonite. On trouve un gros exsudat dans le côté droit du bassin ; la partie infér. de l'exsudat est fluctuant. Ponction de l'exsudat ; (liquide séreux jaunâtre). Quelques jours après on fait du massage ; l'utérus est adhérent et en retroflexion. On arrive à faire disparaître les adhérences, les brides paramétriques ; on amène l'utérus en antéflexion. L'utérus reste en position normale. L'état général est bon.

Observation LI (Fellner).

Madame A..., 34 ans un accouchement ; reste malade au lit sept mois ; réglée à 13 ans. Pelvi-péritonite ; depuis, la malade est toujours souffrante ; se plaint de douleurs dans la région sacrée. Constipation. Leucorrhée. Règles profuses. L'utérus en retroflexion, paramétrite chronique gauche, l'utérus presque mobile, ne se laisse pas redresser. Traitée du 27 janvier jusqu'à la fin de février, l'utérus se laisse facilement amener en avant ;

le parametrium gauche est mou et extensible. La malade ne souffre plus ; on met un pessaire ; l'utérus reste en antéflexion dans le pessaire.

Observation LII (Holzapfel):

Madame H..., 28 ans ; un accouchement ; depuis ce temps la malade souffre dans le bas-ventre et dans le sacrum ; l'utérus gros, tuméfié est en retroversion ; lig. lat. gauche raccourci, douloureux, attire l'utérus à gauche. 11 séances de massage amènent une guérison complète.

Observation LIII (Brandt-Profanter).

Madame Ida C.., 25 ans ; réglée à 15 ans ; à 1885 après ce que les règles faisaient défaut pendant 2 mois, une forte hémorrhagie se produit; à partir de là elle souffre beaucoup dans le bas-ventre ; des ménorrhagies, des métrorrhagies fréquentes. La malade est très affaiblie ; la marche est difficile à cause des douleurs qu'elle provoque ; des troubles gastrique prononcés. L'utérus est en retroversion ; des adhérences en arrière de l'utérus ; ovaire gauche gros. et douloureux présente des adhérences avec le rectum et l'utérus.

La face post. de l'utérus adhère fortement au rectum.

Elle fût traitée du 30 Décembre au 31 Janvier.

Le 6 Janvier les douleurs ont disparu ; le 17 Janvier règles normales ; le 15 Janvier les adhérences de l'utérus avec le rectum sont relâchées ; le 24 Janvier l'ovaire droit est libéré de ses adhérences. Le 31 Janvier l'utérus est si mobile, qu'il se laisse facilement amener en avant vers la symphyse; les adhérences entre l'utérus et le rectum n'existent plus. L'ovaire gauche n'est pas encore parfaitement mobile. L'état général de la malade est bon.

Elle ne ressent plus aucune douleur ; la marche n'est plus si fatigante, ni douloureuse. Pendant le traitement la malade a augmenté de 5 kilog.

Observation LIV (*personnelle recueillie dans le service de M. le Docteur Routier*).

Madame Déf... 35 ans ; réglée à 12 ans ; un accouchement il y a 5 ans et depuis elle est toujours souffrante ; elle se plaint de douleurs dans le bas-ventre et dans la région sacrée. Règles peu abondantes et très douloureuses.

La malade commence à souffrir dix jours avant les règles et elle continue à souffrir mais un peu moins quelques jours après. Elle a des troubles urinaires. Mictions fréquentes. Constipation. Leucorrhée.

L'utérus est gros, doulou reux, mobile et en rétroversion. Il y a quelques mois la malade fut soignée dans une clinique avec tampon glycer., badigeonnage de teinture d'iode : on lui a mis un pessaire, que l'on fut obligé d'enlever le lendemain à cause des douleurs qu'il a provoqué.

Le 4 octobre 1894 je commence à lui faire du massage et j'essaie la réduction de l'utérus qui est très facile ; les jours suivants avant le massage l'utérus se trouve tantôt en anté, tantôt en retroversion ; le 11 octobre la malade ne souffre presque pas ; elle fait son ménage sans éprouver de la fatigue ; les pertes ont diminué.

Le 14 octobre l'utérus est en anteversion et conserve cette position les jours suivants ; la malade ne souffre presque pas. Le 25 octobre la malade a souffert un peu et le 27 elle a ses règles lesquelles sont cette fois-ci assez abondantes et presque sans douleurs, le 31 octobre elle fut examinée. L'utérus est en antéversion ; nous continuons le massage, mais bientôt la malade commence à avoir des nausées, des vomissements, un peu de céphalalgie, elle suppose un début de grossesse et nous suspendons le traitement pour quelque temps. Le 20 novembre elle revient. L'utérus est toujours en anteversion ; elle ne souffre plus dans le ventre, ni dans la région sacrée, mais elle continue à avoir des

nausées, des vomissements, les seins sont un peu douloureux et ont grossi un peu; dans le doute nous ne continuons plus le massage.

IV

PROLAPSUS DES ORGANES GÉNITAUX.

Le traitement du prolapsus par la méthode mécanique a été beaucoup discuté et critiqué. Elle compte cependant un certain nombre de guérisons authentiques suffisant pour permettre de la tenter avant de faire une opération sanglante. Le traitement de Brandt est peu connu et dans les cas rares où il était appliqué, la méthode de Brandt n'a pas été suivie rigoureusement. Il est à espérer que dans l'avenir on obtiendra des résultats plus satisfaisants.

Sans pouvoir nous prononcer pour tel ou tel mode de traitement nous allons exposer fidèlement les manipulations pratiquées par Brandt et des observations que nous avons trouvées dans la littérature sur le massage gynécologique.

Sous le nom de prolapsus des organes génitaux nous réunissons le *prolapsus* et *descente* de l'utérus et de la paroi vaginale avec *cystocèle* et *rectocèle* :

Ces divers déplacements qui ont été artificiellement séparés sont étroitement solidaires ; s'il est vrai qu'ils peuvent exister isolément, ce n'est qu'à titre d'exception ; le plus souvent ils se succèdent et se commandent. Enfin l'étiologie et le traitement forment des nouveaux liens entre ces diverses lésions et leur donnent une véritable unité clinique (Pozzi).

On peut distinguer dans les prolapsus génitaux, comme pour les hernies, les déplacements *de force* et les déplacements *de faiblesse*. Les premiers se produisent à la suite d'un effort violent,

soit d'emblée, soit lorsqu'une cause prédisposante (grossesses multiples par exemple) a pour ainsi dire déjà frayé la route par distension et affaiblissement des ligaments. *La déchirure du périnée* est au nombre des causes prédisposantes non douteuses. Elle permet en effet un état de béance de la vulve, qui entraîne l'accès de l'air dans le vagin, en sépare les parois et dédouble pour ainsi dire la résistance du plancher périnéal. Ajoutons, *lésions, déchirures ou paralysies du releveur de l'anus* provoquées par l'accouchement et enfin *la laxité* du péritoine qui a été distendu par l'ascension de l'utérus gravide. Faut-il encore admettre une prédisposition congénitale, héréditaire, ou simplement une disposition individuelle particulière résultant de la faiblesse des moyens de fixité de l'appareil génital. Ces derniers faits tout au moins sont très vraisemblables et expliquent comment des efforts qui resteraient sans effets sur la majorité des femmes agissent sur certaines autres.

Ainsi nous relevons parmi les causes des prolapsus : *l'affaiblissement de ligaments, l'affaiblissement du plancher pelvien* et lésions du périnée. Il est bien entendu que ces dernières doivent être réparées par la méthode plastique avant d'entreprendre le traitement mécanique.

Pour modifier et fortifier les ligaments, Brandt a imaginé *l'élévation* de l'utérus. Question excessivement controversée : les uns convaincus par les faits, acceptent pour le moment l'explication de Brandt, d'autres cherchent à expliquer les guérisons obtenues par des manipulations qui accompagnent les élévations — la gymnastique du plancher pelvien. Cependant Brandt a commencé à faire les mouvements des adducteurs et des abducteurs et du releveur de l'anus à partir de 1877 et jusqu'à cette époque il compte déjà quarante guérisons de prolapsus, obtenues par les

élévations et tapotement de la région sacrée seules. Il est donc convenu que pour le moment on n'a pas pu donner une explication rationelle de la méthode ; tout ce qu'on peut dire c'est qu'en pratiquant de cette façon on peut obtenir *dans certains cas* une guérison. Combien de médicaments n'ont pas d'autres titres pour justifier leur existence et ce sont encore les meilleurs !

La manière de pratiquer l'élévation nous l'avons décrit précédemment (v. p. 50), disons seulement, qu'on la pratique ici après avoir réduit l'utérus et les organes prolabés. Au commencement du traitement on la fait aussi haute que les ligaments le permettent, mais quand l'utérus commence à rester dans le bassin on pratique des petites élevations, suffisantes pour tendre la paroi vaginale et un peu les ligaments, l'expérience ayant montré que la traction violente exercée sur les ligaments à cette époque est plutôt nuisible. On fait procéder les manœuvres de l'élévation par le *tapotement de la région sacrée*, dans la station debout, appuyée contre le mur et un peu penchée (mouv. 31 p. 69.) On les fait suivre par *la gymnastique des adducteurs avec l'élévation du sacrum* (mouv. 30 p. 69.) Pour lever la malade on prend des précautions pour que les muscles de l'abdomen ne se contractent pas et on finit la séance par la rotation du tronc dans la position assise penchée (mouv. 17 p. 64.)

A la maison, les malades prennent des injections d'eau fraîche et évitent toutes causes de déplacement de l'utérus : Les garde-robes doivent être sans aucun effort, la vessie ne sera amais distendue outre-mesure, on se gardera bien de soulever des choses lourdes, de se tenir longtemps debout, de marcher trop et de monter beaucoup les escaliers. En plus les malades doivent exécuter à plusieurs reprises dans la journée les mouve-

ments de *contractions du releveur de l'anus* (le mouvement pour retenir la garde-robe). La malade exécute ce mouvement dans la position debout, jambes croisés, appuyée contre un meuble.

L'utérus mis en place diminue rapidement de volume, probablement par le rétablissement de la circulation ; les parties désséchées de la muqueuse se ramollissent, se plissent et finalement se contractent ; les excoriations disparaissent.

Très souvent après les premières séances l'utérus reste en place, d'autres fois il faut un temps beaucoup plus considérable. Le pronostic est toujours favorable, si l'utérus reste en place dans la première quinzaine. Le traitement ne doit être suspendu que quand l'utérus se trouve bien fixé dans sa position normale, sans cela des rechutes sont à craindre.

La guérison est d'autant plus difficile à obtenir que les tissus *sont distendus et affaiblis par des pessaires* et des anneaux : *Le plus grave prolapsus cède plus facilement au traitement de Brandt, si le traitement par le pessaire n'a pas eu lieu ;* il est superflu d'ajouter que Brandt a en horreur tous ces adjuvants et ne les applique jamais au cours du traitement, comme ont tendance à le faire quelques écoles hybrides, qui veulent marier les deux méthodes ensemble.

Brandt a remarqué que le prolapsus total guérit plus vite que la descente partielle et surtout que les prolapsus de la paroi antérieure du vagin.

La durée du traitement varie de quelques semaines à plusieurs mois. La terminaison n'est pas toujours favorable ; il y a des insuccès, comme avec toute autre traitement ; les rechutes ne sont pas non plus fréquentes. Le docteur Winawer de Varsovie a réuni 40 observations de prolapsus traités par le massage,

dont 24 ont été guéris complétement, sans rechute, 14 améliorés et dans deux cas on a obtenu aucun résultat ; ces chiffres ne prouvent absolument rien. Le temps de statistique rigoureuse et comparative n'est pas encore venu. La méthode de Brandt doit-être d'abord connue et appliquée dans toute son intégrité, ou avec les changements que l'avenir y fera faire, et nous sommes encore loin de ce moment.

Nous avons recueilli à notre tour des observations qui ont été publiées depuis; elles sont très nombreuses, nous en donnerons les plus importantes:

Observation LV (Brandt Profanter).

Madame Louise P. 34 ans réglée à 18 ans, règles irrégulières, peu abondantes, douloureuses; mariée en 1875, 3 accouchements. Le début du prolapsus après son premier accouchement, après le troisième accouchement (en 1879) la malade reste 9 semaines au lit chez elle et 5 semaines à la Clinique. Le prolapsus augmenta quand la malade eut repris son travail et pendant un effort le prolapsus est devenu complet. En 1884 on lui applique un pessaire qui reste 6 semaines en place, mais le prolapsus se reproduit de nouveau et depuis cette époque aucun traitement.

La malade se plaint de pesanteur au bas ventre, besoin fréquent d'uriner, accompagné de douleurs; douleurs fortes dans le bas ventre surtout vers les époques qui forcent la malade à garder le lit pendant 2-3 jours : écoulement assez fort.

Le prolapsus est complet, le vagin tout entier est en inversion, pas de rectocèle; cystocèle; l'utérus et le vagin se laissent facilement amener à leur place normale et après la reposition l'utérus est en antéflexion. Première application du traitement par Brandt lui-même a lieu le 30 décembre 1886 *et après la première repo-*

sition, l'utérus se maintient dans le bassin par la contraction évidente du repli de Douglas; la portion vaginale se trouve à 5 cent. au-dessus de la vulve, en partant de la commissure postérieure; l'utérus en rétroversion. Les jours suivants l'utérus reste en place, le 2 janvier n'est plus en rétroversion ; du 9 au 13, règles, l'utérus ne descend pas. Le 14, l'utérus diminue de volume, de même l'hyperthrophie du col, l'ectropion très prononcés au début n'existent plus. A partir du 19 la malade fait des promenades tous les jours; l'utérus reste en antéflexion. On continue le traitement jusqu'au 31 janvier, le jour où la malade quitte l'hôpital. *en tout* 33 *séances*, guérison constatée par Schultze et tous les assistants présents à Jena.

Un an après le 20 février 1888 la malade revient à la clinique, son état depuis sa sortie de l'hôpital est resté bon, malgré les durs travaux qu'elle exécutait aux champs. Au toucher on trouve l'utérus dans l'excavation du sacrum, un peu gros, insensible, bien mobile et facilement amené en antéflexion.

Observation LVI.

Brandt avait encore un cas de descente de l'utérus à traiter pendant son séjour à Jena; l'utérus qui s'est trouvé à 3 cent. et demi de la vulve, après vingt-huit séances reste à 5 cent. et demi.

Observation LVII (Professeur Preuschen).

Madame L..., 31 ans, souffre d'un prolapsus utérin depuis longtemps et fut traité pendant quelques temps par des pessaires, le dernier temps l'utérus sortait malgré le pessaire, au moindre effort; prolapsus total, utérus en dehors mesure 11 cm.; cyctocèle et un peu de rectocèle ; besoin fréquent d'uriner. La méthode de Brandt est appliqué et le traitement dure du mois d'octobre jusqu'au 11 février 1889, date à laquelle la malade fut présentée à la société médicale, complètement guérie. Preuschen remarque

que l'utérus commençait à rester dans la cavité abdominale de la première séance du traitement ; trois mois et demi après, la guérison s'est maintenue.

Observation LVIII (Professeur Preuschen).

Madame K..., 69 ans, depuis 30 ans prolapsus utérin total ; six accouchements. Après le premier accouchement, descente de l'utérus; après deuxième, prolapsus complet. Depuis des années, elle ne portait plus de pessaire. La tumeur descendant entre les cuisses mesure dix centimètres ; vagin inverti, cystocèle, pas de rectocèle, l'utérus en retroversion. La cavité mesure douze centimètres. Pesanteur, tiraillements, troubles urinaires. Traitement de Brandt fut appliqué. Après la première séance l'utérus étant sorti de nouveau la malade fut mise au lit. Le quatorzième jour de traitement l'utérus pour la première fois se trouve en antéversion et reste depuis dans cette position, la malade se lève et fait des promenades. Le traitement dure encore quelque temps. Après deux mois de séjour à l'hôpital, la malade sort guérie.

Observation LIX (Professeur Preuschen).

Madame P..., 23 ans, fut réglée à douze ans ; dysménorrhée depuis longtemps, pertes blanches très abondantes. Vers la fin de janvier en soulevant une cruche très lourde, elle éprouva une forte douleur et une tumeur apparut. Quatre semaines après elle entre à l'hôpital. A l'examen on trouve entre les cuisses une tumeur du volume d'une grosse noix, le vagin est inverti tout autour ; l'utérus mesure 8 cm. de longueur ; après la reposition il est en rétroversion. Le traitement par la méthode de Brandt commence le 20 avril. Après la première séance l'utérus reste dans le bassin, et après la huitième est pour la première fois en antéversion et conserve depuis cette position. La femme reste en

observation à l'hôpital jusqu'au commencement du mois de juillet, à son départ on peut la considérer comme tout à fait guérie.

Observation LX (Professeur Preuschen).

Madame K..., 71 ans, prolapsus total depuis 40 ans, qui de temps en temps fut maintenu par un pessaire; le dernier pessaire fut enlevé il y a un an et demi ; 6 accouchements. A l'examen la tumeur mesure 11 cm. de longueur, vagin inverti, plis d'insertion visibles ; cystocèle, pas de rectocèle ; les lèvres du col déchirées ; l'orifice externe béant ; après la reposition l'utérus est en rétroversion ; la sonde pénètre à 9 c.m La malade se plaint de pesanteur en marchant. Traitement commencé le 5 juin. Après la première séance l'utérus reste dans le bassin ; après dix séances le col se trouve assez haut pour être difficilement atteint par le doigt. Le 15 juin l'utérus est trouvé la première fois en anteversion et depuis conserve cette position. Le 10 juillet la malade quitte l'hôpital, complètement guérie pour le moment. La guérison ne s'est pas maintenu, il y eut *une récidive*.

A part ces cas Preuschen avait encore obtenu la guérison dans quatre prolapsus de l'utérus, qui n'ont pas récidivé, paraît-il.

Observation LXI (Professeur Pawlik de Prague).

Madame F... prolapsus ancien et complet, énorme, parois postérieures et antérieure en inversion ; l'utérus prolabé en rétroversion, mesure de l'orifice externe au méat urinaire 17 centimètres, de la commissure postérieure 22 centimètres ; la circonférence de la tumeur 41 centimètres. La tumeur est recouverte d'un épithélium cutanisé. L'opération étant ajournée on essaie le massage, tapotements et élévation de l'utérus, qu'on pratique à l'aide d'une baguette en bois ; les séances furent très irrégulières et peu rapprochées, néanmoins on arrive à ramener l'utérus dans le bassin et pendant 40 jours l'utérus se maintient dans la cavité abdominale. Le 40e jour la malade fit un effort violent et le prolapsus

se reproduisit. Alors on fit l'opération, l'utérus fut fixé à la paroi abdominale La méthode de Brandt n'a pas été appliquée rigoureusement et le traitement n'a pas duré assez longtemps.

Un an plus tard la malade est revenue; le prolapsus se reproduit, tumeur aussi volumineuse qu'avant, mais comme l'utérus est fixé à la paroi abdominale, le col s'est allongé, la cavité utérine mesure 21 centimètres.

Observation LXII (Fellner).

Madame E.Sch... 26 ans. Premier accouchements en 1884 depuis un prolapsus utérin pour lequel on lui fait la même année une colporraphie; deuxième accouchement en 1886 et le prolapsus se reproduit. On lui fait en 1887 une périnéorraphie, sans succès; en 1888 nouvelle opération : on lui excise des lambeaux de la muqueuse vaginale. En 1889 la malade se présente de nouveau avec prolapsus. Avant de faire une nouvelle opération on se décide à la traiter par la méthode de Brandt. A l'examen préalable on constate que l'utérus en retroflexion se trouve au dessous du promontoire, se laisse facilement amener en antéversion; au moindre effort l'utérus sort, on constate alors une tumeur grosse comme une poire, formée par la paroi vaginale et en grande partie par l'utérus prolabé. On commence le traitement par le massage le 3 mars 1889 ; le 5 mai la malade se trouve tout à fait bien; l'utérus est en antéversion à 3 centimètres au-dessus de l'entrée, la cavité uté rine mesure 6 centimètres, le traitement continue encore et les premiers jours de septembre la malade est complétement guérie. Présentée le 21 février 1890 à la société médicale, elle continue à aller bien, l'utérus se trouve en antéversion à 5 centimètres de l'entrée.

Observation LXIII (Saiffert).

Madame J. B... 48 ans, 5 accouchements; depuis 9 ans prolapsus de l'utérus à chaque effort, n'a jamais pu supporter des pessaires

à cause des douleurs intolérable provoqués par eux. A l'examen on constate au plus léger effort la sortie d'uue tumeur grosse comme le poing, entraînant avec elle la paroi vaginale, rectocèle grosse comme un œuf de poule et une cystocèle. L'utérus augmenté de volume, la cavité mesure 14 centimètres. Le 20 juillet 1887 première séance du massage et de l'élévation. Déjà, 27 juillet l'utérus ne sort plus, mais reste en rétroversion. Le 10 août le col est à 3 centimètres au dessus de l'entrée du vagin; l'utérus en retroversion, diminué de volume. Le 16 août, l'utérus est pour la première fois en antéflexion et le col à 7 centimètres de l'entrée. Le 19 août, cessation du traitement, la malade étant forcée de partir on lui applique un pessaire qu'elle supporte très bien. Revue quelques temps après la malade s'est bien porté.

Le docteur Saiffert eut l'occasion de traiter un autre prolapsus datant de 26 ans. Dans dix-huit séances l'utérus était déjà en antéversion ; la malade se voyant guérie quitte l'hôpital et huit jours après revient avec un prolapsus. Comme elle ne pouvait rester à la Clinique, on lui applique un pessaire.

Observation LXIV (Frédérick de Gand).

Madame R. F..., 28 ans. Prolapsus de l'utérus après troisième accouchement, rentré dans la position couchée se reproduit aussitôt que la maladè se met debout et alors reste toute la journée. A l'examen on trouve prolapsus complet de l'utérus, formant une tumeur de la grosseur du poing, pendant hors de la vulve, ectropion des lèvres avec une large érosion du col, déchirure du périnée. La malade est traitée par le massage à la Clinique et retourne chez elle après la séance avec un pessaire. Le traitement dure 29 jours. La malade trotte toute la journée, monte l'escalier sans que le prolapsus se reproduit, ne porte plus de pessaire, l'utérus reste en place en antéversion.

Observation LXV (D. C. Jacobs de Bruxelles (1).

Madame P. N..., 51 ans prolapsus depuis quatre ans. Traitement par le massage. Après la première séance le prolapsus ne s'est plus reproduit. La malade a gardé le lit trois semaines, pendant ce temps sept séances de massage. Le prolapsus utérin a disparu.

D. Jacobs cite encore quatre observations de prolapsus datant depuis 10, 4 1/2 et 2 ans, guéris par le massage dans l'espace de 20 à 40 jours.

Observation LXVI (Olenine de Tamboff) (2)

Paysanne de 21 ans, multipare, malade depuis 2 ans, prolapsus total, réductible ; traitement-tapotement du sacrum, élévation, gymnastique des adducteurs. Déjà le seizième jours l'utérus reste en place ; le traitement dure deux mois. Un mois après la sortie de la malade, elle n'a pas eu de rechute.

Observation LXVII (Winawer de Warsovie) (3)

Madame B. K..., 66 ans, prolapsus total depuis dix ans ; guérison par la méthode de Brandt dans 19 séances.

Madame H. P..., 44 ans guérison en 17 séances, les deux malades quittent l'hôpital, munies de pessaires pour prévenir la rechute.

D. Smith de Londres (4) rapporte six cas de prolapsus, dont quatre guérisons, les malades revues après six mois n'ont pas eu de rechute. Dans un cas le prolapsus se reproduit après un mois. Dans le sixième la malade est devenue enceinte et le traitement fut interrompu.

(1) *Revue médico-chir. des mal. des femmes* 1890, p. 574.
(2) *Revue médical russe*, 1892, p. 489.
(3) *Application de la méthode de Brandt, Vavsovie* 1899, p. 99.
(4) *Médic. press, and circul* 1889, p. 560.

D. Barsony de Budapest décrit sept cas de prolapsus, dont trois guérisons, trois améliorations et un cas avec rechute.

Braun-Fernwald et Kreissel rapportent plusieurs observations : 1° prolapsus vaginal et utérin incomplet, depuis trois ans, guérison complète eu deux mois et demi ; 2° Prolapsus vaginal et utérin depuis sept mois, déchirure du périné ; *insuccès*, on a recours à l'opération ; 3° Prolapsus vaginal et utérin, incomplet, déchirure du périné ; traitement trois semaines sans résultat ; 4° Prolapsus utérin et vaginal ; amélioration notable, la malade quitte l'hôpital avec un pessaire ; 5° métrite chronique, descente de l'utérus, exsudat dans le paramétrium droit depuis deux ans, guérison complète ; revue dix mois après, la malade se portait bien.

INDICATIONS. — CONTRE-INDICATIONS. — CONCLUSION.

La méthode de Brandt conçue en 1859 ne put trouver sa première application qu'en 1861. Simple à son début, elle se transforma au fur et à mesure des expériences et des applications nouvelles, et telle qu'elle est aujourd'hui elle se compose de différentes *manipulations destinées à replacer l'utérus*, dévié de sa position normale; de *l'élévation de l'utérus*, œuvre de Brandt; des *mouvements de gymnastique*, empruntés à la méthode suédoise (méthode de Ling) et du *massage*, qui d'ailleurs n'a rien de commun avec le massage général.

Son inventeur, le major Thure Brandt est né en 1818 ; quoique il n'ait pas passé par la faculté de médecine, il possède cependant des connaissances gynécologiques suffisantes et surtout une finesse de toucher que les meilleurs gynécologistes lui ont reconnu.

Il a formé des nombreux élèves, qui appliquent par le monde sa méthode plus ou moins modifiée.

Sa méthode est appliquée avantageusement dans le traitement des métrites et des paramétrites chroniques, des salpingo-oophorites chroniques ; des déviations utérines fixes ou mobiles, des prolapsus et des troubles menstruels.

Dans la *métrite chronique*, sous l'influence du traitement, l'utérus diminue de volume, la leucorrhée et les hémorrhagies, dues à l'atonie de l'utérus disparaissent ; les ulcérations et les érosions

guérissent ; les symptômes subjectifs disparaissent rapidement.

Dans les *paramétrites chroniques*, les exsudats se résorbent, les adhérences se distendent ou se rompent, l'utérus fixé ou dévié revient plus ou moins à sa position normale, les symptômes locaux et reflexes s'amendent, et surtout la constipation disparaît. De même dans les oophorites chroniques.

Dans les *déviations utérines* le traitement est plus difficile et compte plus d'insuccès ; il est surtout long, mais quand on sait s'armer de patience on obtient des résultats encourageants.

Dans les *prolapsus utérins* les ligaments se fortifient, le plancher pelvien recouvre sa tonicité; le rétablissement de la circulation et de l'innervation normale vivifie les organes et les tissus et rend souvent la guérison possible.

Dans la *dysménorrhée*, les troubles disménorrhéiques disparaissent, la menstruation se régularise, l'état général s'améliore et la malade revient à la santé. Dans l'*aménorrhée*, dépendant de causes locales, les règles s'établissent souvent et deviennent normales. Les hémorrhagies dues à des métrites chroniques, à des congestions passives, à l'atonie des organes peuvent s'amender aussi sous l'influence du traitement mécanique.

Les résultats cliniques ne sont pas encore suffisamment étudiés et rigoureusement recueillis pour permettre des comparaisons sérieuses avec d'autres modes de traitement, mais ils sont assez évidents pour inviter à poursuivre les recherches et tenter des expériences. De l'avenir seul dépend la sanction définitive, nous ne disons pas de la méthode telle que nous l'avons exposée, mais de la méthode transformée par son évolution future. Qu'en restera-t il, nous ne saurions le dire ; mais ce qui restera c'est l'idée de celui qui l'a conçue et il est juste qu'elle porte son nom, la *Méthode de Brandt.*

Des indications que nous venons de donner, il est facile de déduire les contre-indications suivantes :

La méthode est *nuisible* et *dangereuse* dans *toutes les affections aiguës, accompagnées de fièvre et de suppurations.* Elle est inutile dans les tumeurs et néoplasmes ou dans des affections dépendant de l'état général comme dans l'aménorrhée des poitrinaires et des brightiques. La méthode exige du praticien des connaissances approfondies de la gynécologie et des mains bien exercées ; du diagnostic exact dépend l'indication des manipulations nécessaires pour combattre l'affection donnée. Appliquée à tort et à travers la méthode sera plutôt nuisible. Pour être bien appliquée elle exige des exercices prolongés qui, seuls peuvent assouplir les mains et développer le toucher.

Vu :
Le Président de la thèse,
A. Le Dentu.

Vu :
Le Doyen,
Brouardel.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
Gréard.

BIBLIOGRAPHIE

Arndt J. — Die Behandlung der Franenkrankheiten nach Thure Brandt. *Berl. Klin. Woch.* 1880 *N°* 1-3.

Asp. — Of lifmoder massage. *Nordiskt. med. Arch.* 1878 *B.* × *id.* 22 ; *centralbl. f. gynakol.* 1879 *p.* 195.

Barsony (Budapesth). — Behandlung des Gebaermutter faellen mit massage *gyogyaszat* 1889 *N°* 7-8 ; — *Centralbl. fur gyn.* 1889 *N°* 51.

Berczeller J. — Die Behandlung einzelner gynecol. Erkrankungen nach Thure Brandt. *Orvosi Hetilap* 1889 *N°* 36-37 ; *Pester Medicinisch. chir. Presse* 1889 *p.* 1273.

Berczeller Emérich. — Die Behandlung einiger Erkrankungen der Weiblichen Sexualcorgane nach Th. Brandt, Pest. med. ch. Presse 1889 p. 835,

Berczeller. — Die massage in der gynekologie. — Grand article in *Die Massage für Aerzte und studirende Von Jul. Dollinger.*

Benevolensky N.-F. — Prolapsus de l'utérus guéri par le massage. *Revue médical (Russe)* 1889 *p.* 902.

Bienfait. — Le traitement de Th. Brandt en gynécologie. *Gaz. med. de Liège*, 1894, *mai.*

Boldt H.-J. — Fixation of the uterus by adhesion, Brandt's methode of traitement. *Am. jour. of obst.* 1889 *p.* 280.

Boldt. — The manual treatment in gynécologie. *Am. j, of obs.* 1889, *p.* 578.

Boldt. — Die Massage in der gynécologie, Medicinis. Monatschs. N. York 1889, I. p. 344-350.

Boriakowskij. — Massage en gynécologie *III congrès de Médecine russe à Pétersbourg (en russe). Vratsch.* 1889, *p.* 40.

BRANDT THURE. — Om uterinlidanden och Prolapser. Stockh. 1864.

BRANDT THURE. — Nouvelle méthode gymnastique et magnétique pour le traitement des maladies des organes du bassin et principalement des affections utérines. Stockh, et Paris 1868.

BRANDT THURE. — Die Bevegungscurt, als Heilmittel gegen Weibliche sog. Unterleibsleiden und prolapsen. — Stock. 1880. — Traduit en Anglais par Roth en 1882.

BRANDT THURE. — Gymnastiken etc. Stockh. 1884; traduit en allem. par Resch en 1888; — *en français par Stas en* 1891.

BRANDT THURE. — Behandlung weiblichen Geschlechtskrankheiten. Berlin 1891. — *Traduit en russe en* 1892.

Braun-Fernwald. — *und* F. Kreissl; Klinische Beitraege zur manuellen Behandlung der Erauenkrenkheiten Wien 1891.

Bunge Otto. — Beitrage zur Massage des Unterleibes etc. *Berl. Kl. Woch.* 1882, *p.* 384.

Bum. — Manuelle Behandling der Frauenkrankheiten. *Wien. Méd. Presse* 1887 *N°* 40 *et* 1889 *N°* 1-3.

Bylicki Kol. — La méthode de Brandt (en polon.). *Wiadomosci lecarskie* 1889.

Casati. — Le massage utérin dans les exsudats péri-utérin. *Raccoglitore med.* 1886. *N°* 5.

Cercha Maksym. — Du massage et de son application au traitement des maladies des femmes (en polon.) *Pvzeglond lekarski*; 1890, 469, 483, 496, 507, 520, 536.

Chautin M. D. — Traitement des maladies des femmes selon Brandt (en russe), *jour. de méd. prat. St-Pétersb.* 1889, 21-28.

Chéron J. — Moyen de remédier à la courbature que donne le massage . *Rev. médico-chir de mal. de fem.* 1891, *p.* 639.

Chéron J. — Du massage de l'utérus dans le cas de fibro-myomes intra-uter. idem. p. 703.

Chéron J. — Du massage de la région lombo-sacrée dans la dysmenorrhée, idem. p. 319.

Dahlmann. — Die bimanuelle Massage der Weiblichen Beckenorgane *Vortrag auf der Versamlung der Aerzte in Magdebourg* 1888.

Delineau. — Du massage uterin électrique. Rev. d'hyg, therap. 1894 p. 213.

D'Hotman de Villiers. A. — Massage, *In manuel de therap. gynécol.* T. VI. 1894.

Droixhe. — De l'application de l'exercice à nos organes, conformément aux lois de la physiologie, de l'hygiène et de la médecine. *Journ. d'accouch.* 1890. N° 6-8.

Durhrssen. — Massage in der gynaecologie. *Berl. kl. Woch.* 1891, 28 *sept.*

Fauquez. R. — Du traitement des déviations utérines par le mass. et l'électr. Rev. med. ch. des mal. des fem. 1891. p. 513-521.

Faye Lud. — Major Th. Brandts Behandling. Norsk. Mag. f. Lacgevid. R. 3. Bd. 4. Fork p. 25. Virchow's Jahresb, 1874 II, p. 731.

Eehling. — Du traitement mécanique et opératoire des rétro-déviations de l'utérus. Correspond. bl. f. Schw. Aerzt, 1891.

Fellner L. — Die Th. Brandtsche Behandlung. *Klinisch, Zeit u. Streitfragen* 1889, *p.* 101 *III Bd, 4 Heft.*

Fellner L. — Klinische Beitraege zur Th. Brandt'schen Behandlung. Wien. 1890.

Fellner L. — Erwiderung anf die Bemerkungen der Herrn Prof. Rokitanski zu meinem Vortrag. *Wien. Klin. Woch*, 1889, *II p.* 319.

Fraenkel Er. — Ueber manuelle Behandlung der Scheiden-Gebaermutter Vorfall. *Breslauer Aerzl. Zeitsch.* 1888, *p.* 109.

Frédéric Simon. — Prolapsus utérin et massage. *Ann. de la Société méd. ch. de Liège*, 1890, *p.* 117-125.

Freudenberg. — Traitement mécanique des tumeurs abdominales. Berlin, 1890.

Galberstam. — Massage en gynécologie. 3e *Congrès russe en* 1889. *Vratsch.* 1889, *p.* 41.

Gaudin. — Sur le massage en gynécologie. *Gaz. de gynécol.* Paris, 1889. p. 20.

Gelli. — La pratique du mass. utérin. *Ann. di obstr.* 1890. *Octobre.*

Goldspiegel-Sosnowska (Mme). — Traitement manuel des maladies des femmes. *Archiv. de tocologie*, 1889, *p.* 853.

Goldspiegel-Sosnowska (Mme). — Traitement des maladies des femmes. *Archiv. génér. de Méd.* 1893, *p.* 692, *vol.* 32.

Goenner Al. — Ueber die Behandlung Lageverendaerungen der utérus nach méthode Von Brandt. *Korespondztb f. Schw. Aerz.* 1889, *p.* 65-73.

Graham Douglas. — Massage. Boston méd. and surg. jour. 1876, p. 146.

Graham Douglas. — Chapitre sur le mas. gynécol. in *A treatise on massage New-York* 1890.

Gussenbauer. — Erfarungen über massage. *Prag. méd. Woch*, 1881, *p.* 1, 13, 24.

Hartelius. — Om den Brandtska behandlings. *Hygiea XXXVII*, *p.* 56. *Virchow's Jahresber*, 1875, *II*, *p.* 563.

Heitzmann. — Die Entzundung der Beckenbauchfells beim Weibe. Wien. 1883.

Hertzsch. — Ueber die Behandlung der Franenk. nach. Th Brandt. *Centrbl. f. gynækol.* 1890, p. 648.

Hertzsch. — Klinische Beitraege zur Th. Brandtschen Behandlung, Wien. 1890.

Hoffheimz. — Gynaekologische massage, Th. Brandt. *Verein für wissen. Heilkunde zu Könisgsberg*, 1889, 4 *mars.*

Holzapffel-Kar. — Ueber Indicationem und Erfolge der gynæ. Massage *in Wiener médic. Blatt.* 1890, *p.* 627 *etc.*

Iachontoff A.-P. — Rapport sur l'applicat. du massage. *Séances de la Société gyn. de Kieff*, 1889, *II*, *p.* 85-94. (Russe).

Jentzer A. et **M. Bourcart.** — *Gymnastique gynécologique et traitement manuel des maladies de l'utérus et des annexes. Genève*, 1891.

Jordan H. — De Th. Brandt et sa méthode (polonais). *Przeglond lekarski* 1888, *n°* 43-44.

Iwanowa J.-S. — Un cas de kyste de l'ovaire, guéri par le massage (russe). Vratscheb. *Wiedomosci Saint-Pétersb.* 1879, *IV*, 500.

Jackson-Reeves. — Uterin Massage at means of treating certain forms of enlargement of the Wom. *Bost. med. and sur jour.* 1880, *p.* 291-296. *vol.* 103. *Amér. jour. of obst. p.* 897, *v.* 13.

Jacobs C. — Le traitement manuel de prolapsus de l'utérus. Bruxelles, 1889 (traduc, du livre de Profanter.)

Jacobs C. — Prolapsus utérin total, traité et guéri par le mas. *La Clinique de Bruxelles*, 1890.

Jacobs C. — Quelques cas d'affections gynécol. traités par le mas. *Revue medico-chir. de mal. de Fem.* 1891, p. 268-278.

Jones-Mac. — The use and abuse of massage in gynackol. practice. *Prov. M. J.* 1889, *p.* 213-219; *Centralbl. f. gyn.* 1889. *p.* 675.

Josephson. — Om den manuele behandlingen af gynackologiska lidanden. Stockhol. 1891.

Kellogy-John H. — The value of exercice in the treatment of pelvic diseases of Women. *Philadel. med. News.* 1890, *p.* 468.

Klein S. (de Strasbourg). — Le massage en gynéaol. d'après Léon Petit et Profanter. *Gaz. méd. de Strasbourg* 1888, *p.* 56, *Mém. Société de Méd. de Strasbourg* 1887, *XXIV, p.* 294-298.

Koplik Henry (New-York). — A contribution the litterature of massage of the uterus and adnexe. *Amér. jour. of obs.* 1889, *p.* 136-143.

Korms L. — Uber die Massage in der gynekol. *Casop cesk. lek.* 1891, *p.* 47.

Koupidonoff (de Kazan). — Contribution à l'étude de certaines questions de gynécologie actuelle (mas. et électricité) *Bulletin de la Société de méd. prat.* 1891, *p.* 647-666.

Kumpf F. — Zur Thure Brandt'schen methode. *Wien. Klin. Wochen,* 1889, *n°* 36-37.

Leblond Ern. — Affections utérines traités par le massage. Journal de praticiens, 1889, p. 119.

Leblond Ern. — Notes sur quelques affections utérines traitées par le mas. *Rev. médico-chir. de mal. de fem.* 1890, 25 *janv.*

Lewin. — Rapport à la sociétéméd. de Stockolm sur la méthode de Brandt, 1865. *Hygiaea fev.* (Se trouve in-extenso dans l'ouvrage de Brandt de 1868, p. 53-71).

Lindblom Fr. — (Stockh.) Ueber Brandt's gynakol. gymn. *in Upsala lac karnfoeren Forhandt.* 1887-1888. *Bd. XVIII p.* 619-743. Traduction in *Munch. Méd. Woch.* 1888 *N°* 46 *etc.*

Lindblom Fr. — Beobachtung über Veraenderlichkeit in den weiblichen Beckenorgane. *Zeitschr. f. geburstb. und. gyn. Band.* XXII. Heft 5.

Maasland (Java). — Du mass. en gynécol. in *Nederl. tidj en gyn.* 1892 *III* 2. *note. Centralbl f. gyn.* 1892. *N°* 1 *p.* 19.

Marchal E. — Considérations critiques sur le mass. utérin. *L'Union médic,* 1882, *p.* 709-714.

Marque A. — Le massage de l'utérus. Revue d'hyg. thérap. 1890, *p.* 252.

Motte. — Massage et l'hydrothérapie dans les affections utérines. Mém. de l'Académie de Méd. de Belgique, 1894.

Muelier-Rud. — Ein durch. Massage geheiltet Fall von Retroflex., utérin. Muench. Méd. Woch, 1880, p. 323.

Nikolska A. — Trait. de mal. de fem. d'après Brandt. *Vratsch.* 1888, *p.* 441, 525, 568, 586, 928; *Viestnik ob. gigieny i prakticzeskoj mediciny, St-Peters.* 1889, *p.* 39-56.

Nissen. — Thure Brandt's utérin gym. *Norsk, Mag. f. Lager,* 1875, *p.* 243-292. *Virchow's Jarhresb.* 1875 *II p.* 563.

Nitot E. — Traduction du livre de Prochownik. : Le massage en gynécologie. Paris, 1892.

Norstrom Gust. — Sur le traitement des maladies des femmes au moyen de massage. Paris, 1876.

Norstrom Gust. — Le massage de l'utérus, Paris, 1889.

Norstrom Gust. — Massage dans les affections du voisinage de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1892.

Norstrom Gust. — Manuel opér. de mas. de l'utérus, précaution, difficulté contre indication. *Rev. méd. ch. de mal. des fem.* 1889, 466-471, *Gaz. de gynécol.,* 1889, 161-167.

Norstrom Gust. — Du massage en gynécologie. *La clinique française,* 1893, janv.

Ocrum. — Om massage behandlingen ved nogle parametritiske exsudate. *Gyn. ag. obs. Meddelelser,* 1877. *Vol. I. cahier* 1, *p.* 61. — *Virchow's Jahresb.* 1877, *p.* 568. *Centrab. für. gynekol.* 1878, n° 9.

Ott D. O. — Message et gymnastique dans les maladies des femmes. *Vratsch.* 1889, *p.* 162, 209, 242.

Pargamin. — Prolapsus de l'utérus, guéri par le mas. Russkaja *Medicyna*, 1889, *VII*, 312, 329 (russe).

Pawiik P. — Beitrag zur Behandlung der Gebaermuter vorfalls. *Cent. f. gyn.* 1889, *p.* 217.

Petit Léon. — Du mas. par la médecine et de son application à la gynécol. et à l'obs. Jour. de Med. de Paris. 1886, p. 765. La même chose : Gaz. de gynécol. 1885-1886, p. 179.

Philippeau A. F. — De traitem. manuel des femmes. Gaz. de Gynécol. 1890, 1-15 janv.

Pippinskold J. — Ueber. Th. Brandt's genital gymnast. *Finska laskares.* 1881. *p.* 107. *Virch. Jahresb.* 1881 *II. p.* 535.

Preuschen F. — Die Heilung der Vorfalles der gebärmutter durch. gymnast. *Centralbl. f. gyn.* 1888 *p.* 201.

Preuschen F. — Weitere drei faelle von Heilung des Vorfalles der Gebaermutter durch gymnasti. *Cent. für gyn.* 1888. *p.* 481.

Preuschen F. — Die Schwedische Heil méthode in der gyne. *Berlin. Kl. Woch.* 1891 *p.* 115.-119.

Prochownik L. — Zur. Behandlung altes Becken exsudate. *Deuch. Med. Woch.* 1882 *N°* 32,33.

Prochownik L. — Massage in des gynécol. Sitzungsber. 57 Versamel. deutsch. Natur. und Aerzte in Magdeburd. 1884. *Allgem. Mid. Central Zeit.* 1885. *N°* 6 *p.* 90 (in Beilage.)

Prochownick L. — Massage in der Frauenheilkunde Hambourg 1890 trad. en français par Nitot et Keller. 1892.

Profanter Paul. — Die massage in der gynaekologie Wien 1887.

Profanter Paul. — Die manuelle Behandlung der prolapsus ute. Wien 1888. traduit en russe. 1889. et en françaisen 1889, par Jacobs.

Royer R. — Le mas. à la clinique gynécol. de Moscou. Ann. de gynéc 1891. d. 209. vol XXXV.

Reibmayr Al. — Zur Technik des Th. Brandt's Massage und Heilgym. *Wien. Med. Woch.* 1889. *p.* 362,393,428.

Reibmayr Al. — Die Unterleibs massage Wien 1889.

Remisoff M.-M. — Massage en gynécologie (russe) Moscou 1891.

Rendu J. — Du massage gynécol. en Suède. *Lyon médi.* 1894 *sept.*

Resch Alf. — Ueber die Anwendung des Mas. bei krankheiten der weiblichen sexual organe *Centralb. f. gyn.* 1887 *p.* 505.

Resch Alf. — Thure Brandt's Heilgym etc. traduct. de son ouvrage de 1884.

Resch Alf. — Résumé de ce travail se trouve in *Wien. Méd. Bla.* 1888 *N°* 39,41.

Riess. — Manuel technique du massage de Brant's Deuts. Med. Woch, 1892. p. 402.

Rokitansky C. — Eine Bemerkung zu Dr L. Fellners Vortrage uber Th. Br. Behand'lung. Wien. Kli. Woch. 1889, II, 298.

Rosenstirn Julius. — Hematocele retrouter behandelt durch massage, cent. f. gynékol. 1881. p. 305.

Roth. — Brandt's tratment of femal desease. London 1882. traduction de l'ouv. et Brandt' de 1880.

Salvat A. — Trait. de paramétrite sabaiguë etc. par le mas. et l'élect *Rev. medico-chir de méd. de femmes* 1891 *p.* 56.

Schæfer R. — Die manuelle Behandl. in der gyn. *Therap, Monatsch.* 1890 *p.* 432.

Schauta F. — Ueber gynécol. mas. Prag. Med. Woch, 1887 p. 361 même chose. M. Wander Vortaege 1889 Heft 4.

Schultze B.-S. Die Therapie hartnacckige Retrofl Gebärmutter *Sam Klin Vort.* 1891 *N°* 24 *p.* 187.

Schurig. — Le mas. en gynécol. Deutsch med. Zeitung 1891. n° 12.

Seiffart. — Die Massage in de gynaekol. Wien 1888.

Semianikoff. — Applic. du mas. gynekol. Journal d'accouch. et des mal. de fem. (russe) 1888. Vratsch. 1888, p. 884.

Semianikoff. — Mas. dans les exsudats du petit bassin. Travaux du 3° Congrès de méd. russe à St-Pétersb. 1889, id. p. 41-42.

Sielski F. — Das wesentlic in des th. Brand'schen Behandlung. des uterus prolapsus. *Centralb f. gyne.* 1884, p. 49. *Wiadomosci lekarski.* 1889. *N°* 5, 1888, *p.* 137.

Skutsch. — Zur therap. des retroflexio uteri. *Arch. f. gyn.* 1888, *p.* 481, vol. XXXII.

Smith A. J. — On the treatment of prolapse of the uterus by massage and pelvic gymnast. *Med. Presse and circul. Lond.* 1889, p. 560 ; *the Brit. med. jour.* 1889, *I. p.* 1,061.

Stapfer. — La kinesi-thérapie gynécologique. Paris 1892.

Stapfer. — Cellulite abdomino-pelvieune. *Gaz. de gynecol.* 1894, p. 177.

Stas Jules. — Trait. gym. médical, de Th, Brandt, trad. de son ouvrage de 1884. Anvers 1891.

Stoker Sieg. — Zur Massage bei fixirten retroflexio, *Centralbl. f. gyn.* 1892, *p.* 25.

Stroynowski, S. — Trait. de prolapsus par le massage. *Przeglond lekarski.* 1888, p. 477.

Szabo. — Ueber gyn. Massage. *Pest. med. chir. Presse,* 1884, *N°* 19.

Theilhaber. — Th. Brandt's methode, *Münch. med. Woch.* 1888, p. 453, 467.

Verrier E. — Du traitement des déviations de la matrice par la position et la gymnast. *Gaz. obst. de Paris,* 1879, p. 272, 289.

Vierow. — Zur mechanisch. Behandhung der Dysmenorrhoe bei Anteflexio uteri nach Th. Brandt. *Centralb. f. gyn.* 1890 *p.* 930.

Vineberg. — Le système de Brandt en Gynécol. *N. York. med. jour.* 1891, 24 *janv.* N York med. Mon. Schr. 1891. III. 1 p. 7.

Vineberg. — Deux années d'expérience de mas. dans la pratique gynéc. Amer. jour. of. obst. 1893 fév.

Vinogradowa-Loukirska. — Trait. des malad. des fem. par la méthode de Brandt. *Meditzynskoye obozrenie.* 1890, *p.* 1059.

Vulliet F. — Le massage en gynécologie, *Journ. de méd. de Paris* 1888, N° 15-16.

Vulliet F. — Le mas. en gynécol. suivie de 20 observations Paris 1890.

Walter. — Du massage pelvien. *Amer. J. of. obs.* 1892.

Warker Ely. V. — Behandlung perimetritischen exsudate und Adhaesiones. *Transact of. the american gyn. société* 1878 *p.* 337-346.

Weissenberg. — Zur gynécol. Becken massage. Cent. f. gyn. 1889, p. 380.

Winawer Adolphe. — Appl. du mas. au traitement des maladies des femmes d'après Th. Brandt. Kronika lekarska. 1888. Centralb. f. chir. 1888 p. 885,

Winawer Adolphe. — Paramet. postérieur et son trait. par le mass. gaz. lekarska. 1889, p. 318, 336.

Winiwarter. — Mass. et kyste de l'ovaire. Wien. med. Blatt 1879, N° 29-31.

Zalesowa E. N. — Trait. des mal. de fem. par le massage. gazeta-Medicyna (russ) 1892. p. 213.

Ziegenspeck. R. — Ueber Th. Brandt. Verfahren des Behandlung Von Frauenleiden. Lepzig. 1890.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION. 5

HISTORIQUE

I. — Origine de la méthode et son histoire jusqu'à 1886. . 7
II. — Histoire de la méthode de 1886 à la fin. 16
III. — Les élèves de Brandt et la littérature ; la méthode de Brandt dans les différents pays. 19

TECHNIQUE

I. — Notions préliminaires et considérations générales. . 34
II. — Massage. 40
III. — Réduction. 44
IV. — Elévation. 50
V. — Gymnastique. 55

APPLICATION DE LA MÉTHODE

I. — Maladies de l'utérus. — 1. Métrites. 72
2. Troubles menstruels *a*) Dysménorrhée. 80
b) Aménorrhée. 86
c) Hémorrhagie. 89
II. — Maladies des annexes. — Peri-métro salpingite. . . 93
III. — Déplacements de l'utérus. 104

IV. — Prolapsus des organes génitaux. 117
INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS, CONCLUSION. . . 129
BIBLIOGRAPHIE. 132
TABLE DES MATIÈRES. 143

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

ABBEVILLE. — TYP. ET STÉR. A. RETAUX